

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes
con cáncer de mama, según el modelo de Callista Roy :
Hospital Loayza, 2011**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR:

Ingrid Ebeling Morales Tello

ASESOR:

Dra. Rocío Cornejo Valdivia de Espejo

Lima – Perú

2011

**“RESPUESTAS DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD
EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, SEGÚN
EL MODELO DE CALLISTA ROY.
HOSPITAL LOAYZA,
2011”**

Para mi madre, mi
amiga, por
enseñarme a
convertir lo malo en
algo bueno y para mi
papa por su lucha
constante frente a
esta enfermedad y
ser motivo de mi
inspiración,

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
INDICE GENERAL	ii
INDICE DE TABLAS	v
INDICE DE GRAFICOS	vi
RESUMEN	vii
SUMARY	ix
PRESENTACION	x

CAPITULO I: INTRODUCCION

A.	PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA	01
B.	FORMULACION DEL PROBLEMA	05
C.	JUSTIFICACION	05
D.	OBJETIVOS	06
E.	PROPOSITO	07
F.	MARCO TEORICO	
	1.1 Antecedentes del Estudio	07
	1.2 Base teórica	11

Aspectos Epidemiológicos del cáncer	11
Aspectos generales del cáncer	13
Tratamiento	19
Aspectos psicológicos del paciente con cáncer de mama	23
Modelo de Callista Roy	34
G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	43
CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS	
A. TIPO , NIVEL , MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	44
B. SEDE DE ESTUDIO	45
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	46
D. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
E. RECOLECCION , PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS	48
F. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	50
G. CONSIDERACIONES ETICAS	50
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. RESULTADOS	51

B. DISCUSION	71
--------------	----

CAPITULO IV: CONCLUSION, LIMITACIÓN Y RECOMENDACIÓN

A. CONCLUSIÓN	79
B. LIMITACIÓN	81
C. RECOMENDACION	82

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

INDICE DE TABLAS

TABLAS N°	Pág.
1. RESPUESTAS DE ADAPTACIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RESPECTO AL MODO FISIO- LOGICO. HNAL	53
2. RESPUESTAS DE ADAPTACIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RESPECTO AL MODO AUTOCONCEPTO .HNAL	57
3. PRINCIPAL APOYO PARA SUPERAR LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA .HNAL.	64
4. TIPO DE RELACION CON SU PAREJA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA .HNAL	66

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°	Pág.
1. TRATAMIENTO ACTUAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. HNAL	52
2. NÚMERO DE HORAS DE SUEÑO ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO DE PACIEN- TES CON CANCER DE MAMA.HNAL	56
3. EXPECTATIVAS FRENTE A LA ENFERMEDAD DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. HNAL	59
4 .ASPECTO MÁS IMPORTANTE COMO PERSONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. HNAL	60

5. RESPUESTAS DE ADAPTACION DE LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA RESPECTO AL MODO AUTOCONCEPTO.HNAL	61
6 . OCUPACION ANTES Y DESPUES DEL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA. HNAL	63
7. EXPECTATIVA FUTURO RESPECTO A LA RELACION CON LA PAREJA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. HNAL	68
8. ASPECTO QUE PREOCUPA ACTUALMENTE A LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA. HNAL	69

RESUMEN

Los objetivos fueron determinar las respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el Modelo de Callista Roy .El estudio de investigación es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo el método es descriptivo explicativo, la muestra se selecciono mediante el muestreo no probabilístico, por conveniencia , el cual estuvo constituido por 40 pacientes con cáncer de mama que tenían un tiempo de diagnostico mínimo de 1 meses y que se encontraban o no realizando algún tipo de tratamiento . La información fue recolectada a través de un cuestionario que consto de 33 preguntas.

Los datos fueron procesados por paloteo manual, presentando los resultados en tablas estadísticos para su análisis e interpretación. Se concluye que con respecto al Modo Fisiológico que las pacientes tienen dificultad para conciliar el sueño y mala calidad del mismo a la vez que mostraron inconformidad con el cambio de alimentación, respecto al Modo de Auto concepto las mujeres con pocas expectativa de vida futura frente a la vida y enfermedad; en el Modo de Función de rol, se encuentran con una actividad social muy limitada ; en el Modo Interdependencia se evidencia mejoría en las relaciones que tienen con su pareja quienes son su principal apoyo.

PALABRAS CLAVES:

RESPUESTAS ADAPTATIVAS

MODOS ADAPTATIVOS.

SUMMARY

The objectives were to determine the adaptive responses to the disease in patients with breast cancer, according to the model of Roy. The research study is quantitative, application-level explanation is descriptive method, the sample was selected by sampling non-probability, for convenience, which consisted of 40 patients with breast cancer diagnosis had a minimum time of 1 months and who were or not doing some kind of treatment. The information was collected through a questionnaire containing 33 questions.

The data were processed by manual paloteo, presenting results in the statistical tables for analysis and interpretation. We conclude on Mode Physiological that patients have difficulty sleeping and poor quality of the show while dissatisfaction with the dietary change, self-concept regarding the mode found women with few expectations about life and disease in the role function mode, there is a very limited social activity and the interdependence mode is evident improvement in the relationships they have with their partners who are their main support.

KEYWORDS:

ADAPTIVE RESPONSES .
ADAPTIVE MODES.

PRESENTACION

El Presente trabajo de investigación lleva por titulo “Respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el modelo de Callista Roy, Hospital Loayza, 2011”

El cáncer esta catalogado como una enfermedad que afecta a la persona desde el plano fisiológico, psicológico y social; es una enfermedad que trae consigo la idea de sufrimiento y muerte. Es así que cuando una persona es diagnosticada atraviesa una serie de cambios y crisis situacionales que rompen su equilibrio biopsicosocial ; como respuesta la paciente emite conductas(conductas adaptativas) que le permitirán adaptarse , superar y lograr nuevamente ese equilibrio perdido .

Existen diferentes clasificaciones y tipos de cáncer, ello de acuerdo al órgano a que afecta ; pero dentro de esa clasificación encontramos al cáncer de mama , enfermedad que esta en aumento y que en nuestro país ocupa el segundo lugar como causa de muerte ; otra característica particular es el órgano que afecta que es la "mama" , órgano estrechamente relacionado con el sentido de feminidad de la paciente y que cuando es necesario por procesos patológicos se le

extirpa (mastectomía) como parte del tratamiento . Es así que en una mujer que padece cáncer de mama no solo se ve afectado el área fisiológica sino también , y con mayor importancia , la autoestima , su identidad como mujer , afectando sus relaciones interpersonales.

En el Servicio de oncología ginecológica y de mama, se encuentran pacientes con diagnóstico de cáncer que están atravesando todo los cambios mencionados anteriormente. Es por ello que se realizó el presente estudio donde refleja resultados que permiten identificar las respuestas adaptativas que presentan las pacientes con cáncer de mama frente a su enfermedad utilizando los 4 modos adaptativos propuestos por Callista Roy. Esta información permitirá que el personal de enfermería elabore protocolos y planifique sus acciones tomando en cuenta los resultados obtenidos para así favorecer una adaptación positiva a la enfermedad y mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, ORIGEN Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

La definición de salud según la Organización Mundial de la Salud es: "Estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad", por lo tanto, enfermedad se definiría como la alteración estructural o funcional que afecta negativamente ese estado de bienestar. El concepto de enfermedad ha de tener en cuenta que la persona no es solamente un organismo biológico, sino que engloba el conjunto de sentimientos y actitudes simbólicas del pensamiento y del lenguaje.

Como una persona vive su enfermedad, el significado que le atribuye en su comportamiento e interacción con otros individuos; serán componentes integrales de la enfermedad concebida como una respuesta humana integral.

El cáncer es una enfermedad que va mas allá del daño fisiológico que puede causar en el organismo; también están los efectos psicológicos en el paciente y en los familiares.

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte; dentro de las cuales el cáncer de mama es el tipo de neoplasia más frecuente en la mujer que causa la muerte de 83 mujeres por día. (1)

Nuestro país no es ajeno a esta realidad; es así que en Lima la incidencia de personas con cáncer de mama ha ido en aumento, registrándose que de 14 pacientes que mueren al día uno fue por cáncer de mama. (2)

A pesar a que en los últimos años el pronóstico de recuperación ha mejorado ya sea por la utilización de métodos diagnósticos más sofisticados, y/o la aparición de nuevos tratamientos o mejora de los ya existentes; el cáncer de mama

sigue siendo una enfermedad que está manifestándose cada vez más temprano en la vida de la mujer.

Existen diferentes tratamientos como quimioterapia, radioterapia y cirugía (mastectomía) las cuales por sus efectos secundarios llegan a comprometer en variados grados la imagen corporal y la autoestima, .

Además de eso, en nuestra sociedad el cáncer ha adquirido significados relacionados con la culpa, punición, deterioración, dolor y muerte, agravando el sufrimiento psicológico de las enfermas

De modo tal que cuando una mujer atraviesa por todo el proceso de enfermedad experimenta reacciones emocionales y conductas adaptativas; que dependerá de factores psicológicos, sociales y culturales como son las creencias, el entorno familiar, entorno social, grado educativo, entre otros que explican la interpretación y el sentido que cada uno le asigne a la enfermedad.

En mis experiencias clínicas y prácticas preprofesionales al dialogar con pacientes con cáncer de mama que se encontraban ya sea en sesiones de radioterapia, quimioterapia o en salas de

espera de consultorios externos; algunas manifestaban conductas de rechazo a la enfermedad evidenciadas en algunos comentarios como “ es lo peor que me ha pasado ”, “ tengo problemas con mi familia” “ me preocupa mi pareja” “ me siento demasiado triste ” mientras que otras mujeres manifestaban lo contrario :” con la enfermedad cambio mi forma de ser , me unió mas a mi familia” “ no me importa lo que mi pareja piense , me importa sanarme” “ me siento triste pero trato de reírme siempre” ; entre otros comentarios

De allí que surge la pregunta: ¿Cómo se adapta una paciente a su diagnóstico de Cáncer de mama?, ¿Como es la forma de adaptarse en diferentes esferas como el personal , social , familiar?, ¿Todos atraviesan por las mismas conductas de adaptación?; todas estas interrogantes planteadas, dieron origen al la formulación del siguiente problema

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Es por eso que frente a esta realidad se formula la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el modelo de Callista Roy en el Hospital Arzobispo Loayza en el año 2010?

C. JUSTIFICACION

La adaptación de un paciente frente a la enfermedad se mide a través de respuestas adaptativas, evidenciadas por conductas; y que están directamente influenciadas por factores psicológicos, culturales y sociales. Como complemento Callista Roy menciona en su “Modelo adaptativo” que una respuesta adaptativa eficaz fomentara la integridad y ayudara a conseguir el objetivo de adaptarse, mientras que una respuesta adaptativa ineficaz no permitirá o amenazara los objetivos de adaptación y por consiguiente la paciente sufrirá de procesos de estrés , depresión , ansiedad , malas relaciones familiares , un alto riesgo al fracaso del tratamiento; llevándola en conclusión a tener una mala calidad de vida .

De allí la importancia tanto para el paciente como para el trabajo profesional de enfermería identificar las diferentes respuestas adaptativas que manifiestan los pacientes con cáncer de mama, para luego planificar acciones al respecto.

D. OBJETIVO:

Objetivo General:

- Determinar las respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el Modelo de Callista Roy.

Objetivos Específicos:

- Identificar las respuestas de adaptación del paciente con cáncer de mama frente a las necesidades fisiológicas,
- Identificar las respuestas de adaptación del paciente con Cáncer de mama frente a su autoimagen
- Identificar las respuestas de adaptación del paciente con Cáncer de mama frente a la función de rol.
- Identificar las respuestas de adaptación del paciente con Cáncer de mama frente a su interdependencia

D. PROPOSITO:

El presente trabajo de investigación permitirá al personal de enfermería conocer y valorar las diferentes formas de adaptación del paciente con cáncer de mama desde un plano holístico (aspectos fisiológicos, personales y sociales) respetando las diferencias entre individuos; para luego propiciar y fomentar una adecuada adaptación y mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer de mama ya sea mediante actividades preventivo promocionales o de recuperación.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Con la finalidad de tener mayores elementos teóricos se reviso la literatura Nacional e Internacional.

En el Ámbito Nacional: La enfermera Elsa María Luisa Li Ning Tapia, realizó un estudio sobre “Conciencia de enfermedad terminal, actitudes y expectativas de los pacientes y sus familiares”; con el objetivo conocer si los pacientes terminales son conscientes de su pronostico y su actitud ante el , los elementos facilitadores y perturbadores del proceso de adaptación a la noticia del pronostico adverso y la actitud de la familia frente a la información con la que debe contar la el paciente. Fue estudio de tipo descriptivo transversal no experimental, que se realizo a 82

pacientes terminales y 58 de sus familiares mas cercanos en los servicios de medicina interna del HNERM en el año 1999 ; las conclusiones a la que llego la fueron:

“El apoyo más importante para superar la noticia lo constituye la familia, tanto para el paciente como para los familiares... La conversación, la atención de su necesidades, el apoyo moral son las cosas que ayudan a los pacientes a superar su enfermedad, fuera del tratamiento médico” (3)

Antecedentes Internacionales:

Las enfermeras María Julia Calvo-Gil y Priscila Andrea Narváez Pinochet realizaron en Chile en el año 2009 un trabajo de investigación titulado “Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas” cuyo objetivo fue comprender las vivencias que experimentan las mujeres con diagnóstico reciente de Cáncer de Mamas en su entorno biosicosocial. Es un estudio cualitativo donde se hizo uso de la fenomenología; se llevaron a cabo ocho entrevistas a pacientes de la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Clínico Regional Valdivia

(HCRV), de la ciudad de Valdivia, Chile. El rango de edad de las informantes era entre los treinta y nueve y los setenta y ocho años. Sus situaciones familiares eran distintas entre sí con la salvedad de que todas eran madres de familia. Entre una de las conclusiones a la que se llegó fue

“Dentro del proceso de aceptación de la enfermedad, en primer término deben de aceptar la mastectomía, proceso disímil en las pacientes y que se ve influenciado por distintos factores psicosociales como feminidad, temor a las consecuencias si la intervención no se realiza, temor a la discriminación, al desamparo de los hijos a la vez que reafirma su rol de sostén del hogar y siente pánico por el futuro de sus hijos “(4)

En el año 2005 Ana Fátima Carvalho Fernández realizó en Brasil un trabajo de investigación titulado: “Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama” es un trabajo cualitativo de naturaleza etnográfico, cuyo objetivo fue identificar el aspecto cultural en el proceso de padecer cáncer de mama según la visión de un grupo de mujeres mastectomizadas.

Se concluye:

“Que las mujeres están influenciadas por patrones culturales adquiridos durante su vida en el proceso de socialización” (5)

En el año 2008 las enfermeras Ramírez-Ochoa Martha Cecilia, García-Campos María de Lourdes, Alarcón-Rosales María de los Ángeles realizaron en México un trabajo de investigación titulado: “Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria” es un trabajo transversal descriptivo ,cuyo objetivo fue describir el nivel de adaptación en los modos de desempeño del rol e interdependencia de los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, en la ciudad de Durango Concluyendo :

“Las personas presentaron modos de desempeño del rol y modo de interdependencia en nivel de adaptación compensatorio e integrado respectivamente.” (6)

Los antecedentes mencionados anteriormente son un indicador científico de que la adaptación que presenta un paciente frente a una determinada enfermedad, en este caso el cáncer, es

consecuencia de factores sociales, culturales y psicológicos, de allí la importancia de conocer que factores influyen en cada fase de adaptación.

F.2. MARCO TEORICO.

1. Aspectos epidemiológicos del cáncer de mama

1.1. A nivel Mundial

El cáncer es una enfermedad que va en incremento y cada año se reportan a nivel de todo el mundo más casos nuevos, y a la vez también aumenta el número de muertes por esta enfermedad. Siendo para los países desarrollados la segunda causa principal de mortalidad, luego de las enfermedades vasculares, mientras que a nivel mundial se ubica en una de las 10 primeras causas de muerte en el mundo.

El cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo y representa 31% de todos los cánceres de la mujer.

En América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día (7)

Para la OMS el control del cáncer va desde la prevención hasta los cuidados paliativos , para ello aprobó en mayo del 2005 una Resolución sobre prevención y control del cáncer que esta centrado en el desarrollando el Plan global contra el cáncer por parte de todos los países adscritos ; recomienda realizar una intervención conjunta y precoz de los tratamientos oncológicos con “intención curativa” y los tratamiento “sintomáticos y de soporte”, haciendo especial hincapié en el control del dolor, la astenia y el binomio ansiedad-depresión. (1)

1.2. El cáncer en el Perú

En el Perú La mortalidad por tumores ha adquirido un aumento entre los años 1996 hasta 2000, convirtiéndose en la segunda causa de muerte, llegando a representar el 17.2 % del total de defunciones registradas. Dentro de este grupo, se evidencia que el 53.0 % de las muertes corresponden al sexo femenino, las mismas que se producen con mayor frecuencia a partir de los 35 años; en cambio las muertes de sexo masculino, ocurren con mayor frecuencia en personas adultas de 45 años a mas (2)

En las mujeres las cinco neoplasias más frecuentes son: mama (32.57), cuello uterino (23.96), estómago (17.57), piel no melanoma (10.47) y los tumores que afectan a la tráquea, bronquios y pulmón (8.76) En cuanto al cáncer de mama, en el año 2,000 se registraron tres mil 155 casos, lo cual representó una tasa cruda de 24.38 x 100 mil habitantes. Las proyecciones hacia el año 2020 ascienden a 5 mil 643 casos, equivalentes a una tasa de 33.12 x 100 mil habitantes (2)

2. Aspectos Generales del Cáncer de Mama

2.1. Definición del cáncer: tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos (8)

2.2. Factores de riesgo del cáncer de mama(5)

a. No modificables

- **Edad y género:** el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que uno envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir cáncer de mama que los hombres.
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama:** uno también tiene un riesgo más alto de padecer cáncer de mama si tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que cáncer uterino, cáncer ovárico o cáncer de colon. Alrededor del 20 al 30% de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad.
- **Genes:** algunas personas tienen genes que los hacen más propensos a desarrollar cáncer de mama. Los defectos en genes más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que lo protegen a uno del cáncer. Pero, si uno de los padres le transmite a uno un gen defectuoso, uno tiene un mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida.

- **Ciclo menstrual:** las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia tarde (después de los 55 años) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama.

b. Modificables

- **Consumo de alcohol:** el consumo de más de 1 ó 2 vasos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer de mama.
- **Parto:** las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron recién después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Quedar en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer.
- **DES:** las mujeres que tomaron dietilestilbestrol (DES) para evitar abortos pueden tener un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama después de los 40 años. Esta droga se le suministraba a las mujeres entre los años 1940 y 1960.
- **Hormonoterapia:** uno tiene mayor riesgo de cáncer de mama si ha recibido hormonoterapia durante algunos años o más. Muchas mujeres toman este tipo de terapia para reducir los síntomas de la menopausia.
- **Obesidad:** ha estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo es controversial. La teoría es que las mujeres

obesas producen más estrógeno, el cual puede estimular la aparición de este cáncer.

- **Radiación:** si recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratar un cáncer del área del tórax, existe un riesgo significativamente mayor de padecer cáncer de mama. Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación y más alta la dosis, mayor será el riesgo, especialmente si la radioterapia se administró cuando a la mujer se le estaban desarrollando las mamas(12)

2.3.. Manifestaciones clínicas

- a. Nódulo:** Generalmente es la primera manifestación, descubierta por exploración física o mamografía de cribado. El hallazgo de un nódulo aislado o de múltiples nódulos pero con uno de ellos dominante (por su tamaño o alguna característica: bordes irregulares, adherencia, etc.) es sugestivo de cáncer de mama. El nódulo maligno de consistencia dura, de superficie irregular, fijo o móvil en conjunto con la glándula, puede adoptar diferentes formas y tamaños, generalmente no doloroso, puede provocar retracciones en la areola, en el pezón o en la piel.(10)

La probabilidad de que una masa sea maligna es del 50 % si no es móvil y del 14-20 % si lo es (11)

- b. Dolor de mama:** 7 % como síntoma inicial (10)
- c. Aumento del tamaño de la mama:** con engrosamiento mal delimitado
- d. Telorrea.** puede ser hemático, uníparo , unilateral y espontáneo.
- e. Cambios cutáneos.-** En la enfermedad De Paget, eritema, formación de costras, escamas y secreción, 50 % tienen masa palpable, por retraso del diagnóstico
- f. Cáncer de mama avanzado :** se caracteriza por fijación del nódulo a la pared torácica o a la piel , presencia de los satélites o úlceras en la piel , o por exageración de las marcas cutáneas habituales por linfedema (piel de naranja).Puede existir invasión local de inicio a los ganglios linfáticos regionales, al torrente sanguíneo o ambos . Los ganglios linfáticos axilares empastados o fijos indican expansión del tumor al igual que las linfadenopatías supraclaviculares o infraclaviculares.

La afectación ganglionar aislada puede ser causa de la muerte si se produce una afectación masiva de los ganglios del mediastino y un bloqueo linfático que termina en afectación difusa del intersticio pulmonar con derrames en ambas pleuras

- g. Enfermedad metastásica.** Se presenta en algunas pacientes como fracturas patológicas, disfunción pulmonar, aparece años o décadas después de ser diagnosticado y tratado de cáncer de

mama, 50% se encuentran en el aparato esquelético, especialmente columna vertebral, costillas y pelvis, cerca del 25% son pulmonares y pleural, 10% abdominales (especialmente hepática y ovárica) y poco frecuente localización cerebral, en orbita, cutánea (mayoría en la región de la cirugía) y en cuero cabelludo. Sucesivamente las localizaciones son múltiples y pueden comprometer también órganos como el riñón, páncreas, tiroides e intestino. (8)

2.4. Pruebas de Diagnostico:

- a. Mamografía:** El único método que permite detectar el cáncer de mama antes de que pueda palparse por medio de examen clínico o el auto examen de mama
- b. Ecografía.-**Aporta información cuando el examen es dudoso y la mamografía es normal y constituye un instrumento de guía que facilita la punción de lesiones no palpables.
- c. Punción citológica:** Técnica PAAF (Punción Aspirativa Aguja Fina) puede realizarse en lesiones palpables y no palpables a través de una guía estereotaxica, confiabilidad diagnostica alcanza 90- 95 %

b. Biopsia. Confirma el diagnostico, imprescindible antes del tratamiento, se realiza por punción mediante aguja gruesa o a cielo abierto (biopsia quirúrgica) (11)

c. Otros métodos de imagen: que pueden utilizarse galactografía, pneumoquistografía y pneumooncografía, representan variantes de la mamografía en las que se asocian técnicas invasivas para precisar el estudio de determinadas alteraciones. Imagen de Resonancia Magnética (I.R.M.) y Tomografía por emisión de positrones, (T.E.P) (12)

3) Tratamiento del cáncer (9)

El tratamiento inicial esta basado en muchos factores para el cáncer en etapa I,II,III. Las principales consideraciones son tratar adecuadamente el cáncer y evitar recurrencia local o metástasis

Para la etapa IV el objetivo es mejorar los síntomas y prolongar la supervivencia , sin embargo en la mayoría de cáncer en esta etapa ya no se puede curar.

Existen 4 tipos de tratamiento estándar.

3.1 Quimioterapia:

La quimioterapia es la forma principal de tratamiento del cáncer diseminado y además desempeña un papel fundamental en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas localizadas más comunes. Consiste en la administración de fármacos llamados citostáticos que tiene por objetivo impedir la reproducción de células cancerosas; pero tiene un gran limitador; su escasa especificidad, ya que los mecanismos de acción provocan una alteración celular no solo a aquellas células cancerosas sino también a otras células y tejidos; especialmente si se encuentra en división activa

Los fármacos citotóxicos mas eficaces para tratamiento de mama metastásico son capecitabina , doxorubicina , gemcitabina , los taxanos paclitaxel y docetaxel y vinorelbina (11)

3.2 Cirugía

Es el tratamiento más antiguo y definitivo cuando el tumor esta localizado o circunscrito , puede ser el tratamiento primario del cáncer para que luego el paciente pueda recibir quimioterapia o radioterapia .

- a. Cirugía conservadora: se remueve el tumor y una pequeña parte de tejido circundante. Normalmente después de esta cirugía se aplica la radioterapia.
- b. Mastectomía parcial o segmentaria: se retira el tumor y tejido en torno al tumor y el recubrimiento de los músculos pectorales, ganglios linfáticos axilares en la mayoría de los casos de aplica radioterapia.
- c. Mastectomía total o simple: Se retira toda la mama y los ganglios linfáticos
- d. Mastectomía radical modificada. Se retira la mama, ganglios linfáticos, el recubrimiento de los músculos pectorales

Pos cirugía el paciente recibirá radioterapia, quimioterapia o tratamiento hormonal con la finalidad de eliminar las células cancerígenas.(12)

3.3 Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento clínico que utiliza radiación, la cual es una forma de energía que puede detener la multiplicación de las células malignas. Puede ser utilizada como un método, técnica de reducción tumoral, en estadios I , II ; o como terapia paliativa (10)

La radiación reduce el riesgo de crecimiento de un tumor invasivo en pacientes con antecedentes de CDIS. La toxicidad es leve y reversible, incluye cambios locales en la piel , fatiga generalizada , inflamación temporal de tejidos , linfa edemas y crea dificultades en el movimiento

Se usa en tumores delimitados imposibles de extirpar o sin movilidad grave y en tumores que tienden a diseminarse hacia diferentes regiones previsibles también puede combinarse radioterapia con quimioterapia.

La radiación llega a originar menos morbilidad aguda y puede proporcionar un tratamiento curativo en sitios específicos, a la vez que preserva la estructura y función de órganos y tejidos (13).

La radioterapia se aplica de dos maneras:

- a .En forma externa, la radiación es dirigida por una máquina directamente hacia el cáncer o el tejido afectado.
- b. A nivel interno se coloca material radiactivo en cápsulas dentro del cuerpo, o cerca del área afectada.(14)

3.4. Terapia Hormonal:

Basado en la administración de hormonas como estrógenos y progesterona. Si las pruebas indican que las células cancerosas tienen receptores estrógenos y progesterona se administra estas hormonas para bloquear el crecimiento del tumor. Existen 2 tipos :

a. Bloqueadores de receptores de estrógenos y

Progesterona: incluye el tamoxifeno (20 mg/día) y toremifeno,

b. Inhibidores de la aromatasa (anastrozol, exemestano, letrozol)

bloquean la producción periférica de estrógenos en mujeres posmenopáusicas (15)

4. Aspectos psicológicos del paciente con cáncer de mama

El cáncer es una enfermedad con un fuerte impacto psicosocial. Este impacto se debe a un doble motivo. Por un parte, el cáncer continúa siendo una enfermedad temida por la población. La incertidumbre acerca de su causa, así como respecto a las posibilidades de curación hace que, todavía en el siglo XX podamos decir que la enfermedad cancerosa es quizás aquella con más impacto socio-cultural. A esto cabe añadir que, si tenemos en cuenta el proceso de globalización, la proximidad y mezcla cada vez más patente entre diferente cultura, hace que los diferentes

patrones que las marcan, impliquen diferentes comportamientos, actitudes y creencias ante la enfermedad

Otro motivo que hace del cáncer una enfermedad de fuerte impacto, es su repercusión en la vida del paciente y/o de su familia y entorno; así como también las consecuencias del tratamiento; en general la vida del paciente se ve a nivel familiar, laboral, social, de relación y sexual.(16)

Las alteraciones psicológicas más frecuentes en la paciente afectada de cáncer de mama, son ansiedad y depresión, junto con problemas de autoimagen y de relación sexual. En cuanto a la ansiedad y la depresión, debemos destacar que nos referimos a trastornos reactivos a una situación difícil de sobrellevar, a la incertidumbre ante el futuro, el miedo y a la tensión inicial. (17)

No es frecuente hallar entre enfermas que padecen cáncer de mama trastornos depresivos ni ansiosos mayores, a menos que sean personas con antecedentes psiquiátricos. A menudo esta reacción inicial puede ser una respuesta al diagnóstico, pero desaparecer con el paso del tiempo, cuando la afectada empieza a adaptarse a la situación. (18)

La ansiedad es más propia de los momentos iniciales, pues ante el conocimiento de que se padece cáncer de mama, aparecen reacciones como ira, miedo, preocupación por uno mismo y por los seres queridos. Estos niveles de ansiedad tienden a disminuir, sobretodo cuando la paciente y sus familiares se van situando ante el proceso. Por ejemplo, es habitual un alto grado de ansiedad ante el inicio de la quimioterapia que, luego, una vez empezados los ciclos, cuando desaparece el miedo e incertidumbre ante lo desconocido desaparece. Por el contrario, el paso del tiempo puede dar lugar a depresión, por el cansancio. (17)

Cuando se llega a las tandas intermedias de quimioterapia, puede darse una situación de hundimiento, pues a la enferma se le hace largo y pesado, sobretodo si, a raíz de la quimioterapia, ha dejado de llevar una vida normal. No debemos olvidar que a esta depresión contribuyen aspectos físicos, como la fatiga, y la toxicidad acumulada por los fármacos que se le aplican. Afortunadamente, cada vez es menos frecuente la reacción de náuseas y vómitos, gracias a los potentes anti-eméticos existentes hoy en día. Esto disminuye los efectos negativos de la quimioterapia, a la par que ha hecho que prácticamente desaparezcan los vómitos y náuseas anticipatorios, trastorno muy frecuente hace un tiempo.

Otra problemática habitual en la paciente con cáncer de mama son los problemas sexuales. Estos se deben a la presencia de trastornos afectivos ya comentados, ansiedad y depresión, a problemas físicos propios de la enfermedad y el tratamiento, y a alteraciones en la relación de pareja. Este último aspecto es fundamental, pues la satisfacción sexual es algo subjetivo. Por ello, depende mucho de la reacción en la pareja de la paciente y su capacidad de apoyo y comprensión. (19)

4.1. Respuesta emocional de la mujer frente al cáncer

a. Clasificación de Almanza:

- Fase I: En donde se representa la negación y resistencia emocional, el creer que la noticia es cierta, la cual se acompaña de un sentimiento de “anestesia emocional” seguido de un periodo de confusión, agitación emocional y disforia
- Fase II: reconocimiento de la realidad e incluyen síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito
- Fase III: adaptación a largo plazo: que incluye el retorno a la rutina normal y la aparición de un estado de optimismo.(18)

b. Clasificación de Kauffman : Estructura tres etapas que aparece en función de las respuestas que el enfermo da a lo largo de distintos momentos de la enfermedad, partiendo de la premisa que ante una enfermedad cancerosa existe una respuesta universal que toma la forma de estrés , la cual varía en el proceso de adaptación de la enfermedad .

- Etapa I : Caracterizada por la búsqueda del dominio de la experiencia
- Etapa II: En donde aparece un intento por controlar los acontecimientos
- Etapa III: En donde existe un intento por retomar el dominio sobre la vida y la autoestima, siendo necesaria una definición del yo.(16)

c. Monroy: menciona la presencia de estadios psicológicos como respuesta de la mujer latina ante el cáncer de mama

- Negación
- Choque emocional
- Asimilación
- Aceptación
- Confrontación inmediata y mediata
- Recuperación y sublimación(21)

4.2. Factores que intervienen en la respuesta emocional frente al cáncer

Características propias de la paciente y del entorno que la rodea, anteriores al diagnóstico: edad, nivel sociocultural (el cual dará la pauta a la significación que para la mujer tenga de su enfermedad) el valor que se le da a la mama, estado civil, calidad de relación de pareja, contactos previos con la enfermedad, facilidad de acceso a la atención médica, labilidad emocional y antecedentes de trastornos psiquiátricos (21)

4.3. Adaptación en el paciente con cáncer

La adaptación es un intento de mantener un funcionamiento idóneo; implica mecanismos reflejos y automáticos del cuerpo para protegerse (17)

En cualquier situación, adaptarse supone dosis elevadas de ansiedad y de estrés, que, normalmente, pueden ser enfrentadas apelando a distintos factores psicosociales capaces de modificar su impacto sobre el individuo y entre los cuales se mencionan el apoyo social y el sentido de control personal (21)

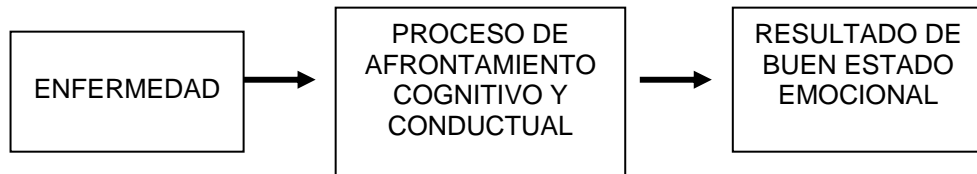
Adaptarse a la enfermedad significa tanto combatirla como intentar que la enfermedad no deteriore o deteriore lo menos posible,

la autoimagen , el desarrollo laboral , las relaciones interpersonales , la afectividad y el bienestar (17)

La adaptación del cáncer no se da de un momento a otro sino que es algo progresivo .A lo largo de la enfermedad suceden diferentes situaciones estresantes: diagnostico, la cirugía y sus secuelas, los efectos de los tratamientos, las pruebas complementarias, la incertidumbre sobre la curación, etc.

En cada ocasión la persona debe de poner en marcha estrategias de afrontamiento efectivas para superar la situación y conseguir un bienestar emocional.

Se puede entender entonces el proceso de adaptación de dos maneras : Como producto , es decir , como el grado en que una persona consigue este objetivo y que se manifiesta como la ausencia de emociones negativas ; es decir ausencia de ansiedad y la depresión ; pero también como proceso y refiere a la regulación psicológica de los recursos de la persona para adoptarse a la enfermedad y como estos se desarrollan a lo largo del tiempo ; para ello se hace uso de estrategias de afrontamiento (23)



a. Dimensiones de la adaptación

Son dimensión física, de desarrollo, emocional, intelectual, social y espiritual.(23)

b. Factores que influyen en las respuestas adaptativa (24)

La percepción que la mujer tenga del cáncer de mama y, por lo tanto, la respuesta que ella tenga, es determinante pero no fija, y puede ir modificándose la forma en el que se afronte. Existe una serie de factores que ayudan a salir de la enfermedad como lo son:

Factores personales.

Podemos afirmar que las características individuales desempeñan una función indudable en la determinación tanto de como se percibe la enfermedad así como también de la manera en la que se enfrente a esta situación, ya que, por ejemplo, el simple hecho de lograr que el paciente participe activamente en si proceso de adaptación y que quiera salir adelante, que tenga una actitud pasiva, que sea alegre, que tenga ganas de vivir y de

hacer muchas cosas, en fin, de sobrepasar la enfermedad ya sea por su familia o por ella misma. Esta actitud tiende a producir resultados espectaculares en todas sus actividades cotidianas e incluso en la propagación de la supervivencia, según experiencias obtenidas con enfermos del cáncer.

Apoyo social.

Puesto que una enfermedad no solo perturba el desarrollo de las acciones del sujeto y se deterioran, sino también, las representaciones del cuerpo y de sí mismo; todo enfermo necesita ser apoyado, reafirmado y reasegurado, en este caso es evidente que las pacientes con cáncer de mama no son una excepción, ya que desafortunadamente, ellas experimentarán un dolor muy fuerte no sólo durante el tratamiento y post-tratamiento, sino también durante el diagnóstico.

Es muy importante que las pacientes que tengan esta enfermedad, estén acompañadas cuando el médico les de la noticia, ya que pondrán al paciente en un estado muy vulnerable y necesitará apoyo. Los estragos que hace la enfermedad en el cuerpo influyen en cómo los demás ejercen su influencia sobre la enferma y sobre todo el cómo la perciben. Así el ámbito social es extremadamente significativo y no sólo la asistencia médica

brinda apoyo, el apoyo social, que es ayudar al paciente a seguir adelante no tanto profesionalmente, le permite a la paciente a que se desprenda de su rol de enfermo ante sí mismo y ante los demás. Con esto se certifica que: a mayor apoyo social, menor probabilidad de desarrollar y agravar la enfermedad.

El afrontamiento.

El afrontamiento, es el conjunto de todos los esfuerzos que la paciente con cáncer de mama, va a desarrollar para hacer frente a todas las demandas abrumadoras o desbordantes que le traiga el cáncer en sí. Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de esta situación va a proporcionar alivio, recompensa, tranquilidad y hasta equilibrio así disminuirá el estrés que la enfermedad le provoca y se sentirá mucho mejor.

Para llegar a lo anterior el paciente debe evaluar la situación enfrentándose a su dolor tanto físico como psicológico. busca encontrar soluciones a los problemas planteados).

Terapia de grupo.

Aunque desafortunadamente la terapia de grupo es utilizada por una minoría de la población, son amplios los beneficios en la reducción del malestar psicológico que causa el cáncer de mama

Apoyo religioso.

La dimensión religiosa o espiritual del hombre es incuestionable y por eso debe ser considerada como un aspecto importante ya que las creencias religiosas le permiten, a la paciente, describir un sentido a su vida, a la enfermedad y su posible desenlace con lo que aumenta la tolerancia. Ahora una persona que cree en un ser omnipotente, justo y misericordioso, tiene muchísima más probabilidad de vivir, pues, como dicen, la fe mueve montañas.

c. Formas de adaptación (21)

Existen diversas formas en que una paciente pueda afrontar el cáncer entre ellas, está:

- **Buscar información.** (Como una manera de combatir la incertidumbre).

- Atribución. (Disminuir la incertidumbre, aumentar la sensación de control y atribuir los efectos negativos a causas concretas, no a personas).
- Afrontamiento activo. (el sujeto supone una postura en la cual

5. Teoría de Callista Roy (25)

El modelo de Roy, utiliza una definición del ambiente como todas las condiciones, circunstancias, e influencias que rodean, que afectan el desarrollo y el comportamiento de personas y de grupos. Roy, utilizó el trabajo de Helson de 1964, para categorizar estos factores como estímulos focales, del contexto, y residuales. El concepto de la salud se relaciona con el concepto de la adaptación.

Considera a las personas como sistemas adaptantes que interactúan con el ambiente. La salud es la reflexión de las interacciones de la persona y del ambiente que son adaptativos. Las respuestas adaptativas promueven integridad (18)

Según este modelo, la salud se define como un proceso y estado de ser y de llegar a ser enteramente integrado de una manera que refleja mutualidad de la persona con el ambiente.

La meta de enfermería para Roy, es promover la adaptación para los individuos y los grupos en los cuatro modos adaptativos, así como contribuir a la salud, a la calidad de vida y en su caso ayudarle a morir con dignidad.

Los acercamientos de cuidado, según el modelo de adaptación de Roy implican la evaluación del comportamiento y de los factores que afectan la adaptación, y la intervención para promover capacidades adaptativas y para realzar interacciones del ambiente.

5.1. Conceptos del Modelo de Adaptación (26)

- a. **Adaptación.** Es el proceso y resultado por lo cual las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental.

Este concepto enfoca cinco dimensiones: supervivencia, desarrollo, reproducción, dominio o competencia, y transformación ambiental y personal.

- b. **Comportamiento.** Son acciones y reacciones internas o externas bajo circunstancias específicas. Son todas las respuestas del sistema adaptativo humano incluyendo

capacidades, recursos, conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidades.

Este concepto engloba dos dimensiones

- Las respuestas adaptantes, que son las que promueven a integridad del sistema humano en los términos de las metas de la adaptación: supervivencia, crecimiento, reproducción, dominio, y transformaciones de la persona del ambiente, sistema, o muerte, pues se relaciona con el individuo.
- Las respuestas ineficaces, no promueven la integridad ni contribuyen a las metas de adaptación e integración de las personas con la tierra.

c. Estímulos

Un estímulo se ha definido como el que provoca una respuesta. Es el punto de la interacción del sistema y del ambiente humano. Los estímulos pueden venir externamente del ambiente (estímulos externos) o pueden originarse en el ambiente interno (estímulos internos)(26)

Estímulo focal es el estímulo interno o externo lo más inmediatamente posible en el conocimiento del sistema

humano; es al que ha de enfrentarse la persona de forma inmediata. Los estímulos del contexto son el resto de los estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, son todos los factores ambientales que se presentan en el sistema humano dentro o fuera, pero de los cuales no es el centro de la atención o la energía.

Estos factores influenciarán, cómo el sistema humano puede ocuparse del estímulo focal.

Los estímulos residuales: son factores ambientales dentro o fuera del sistema humano, donde los efectos de estos estímulos son confusos en la situación actual. Puede no haber un conocimiento de la influencia de estos factores, o puede no estar clara al observador que está teniendo un efecto.

d. Niveles de adaptación: El nivel de adaptación es el nombre dado a tres condiciones posibles de los procesos de la vida del sistema adaptativo humano: integrador, compensatorio, y comprometido.(26)

- **Integrador.** El término integrador describe las estructuras y las funciones del proceso de la vida en su totalidad para resolver necesidades del ser humano.
- **Compensatorio,** en el cual el cognator y el regulador han sido activados por un desafío a los procesos integrados.
- **Comprometido.** Cuando los procesos integrados y compensatorios son inadecuados, se presenta un problema de adaptación. (22)

e. Modos adaptativos (25)

- **Modo fisiológico.** Pertenecen los aspectos físicos de sistemas humanos, El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos finos, órganos, y sistemas que abarcan el cuerpo humano, tiene nueve componentes: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, protección, líquidos y electrolitos, sentidos, función neurológica y función endocrina.
- **Modo de autoconcepto.** Se refiere específicamente al aspecto personal en el sistema humano; se centra concretamente en los aspectos psicológicos y espirituales de

la persona, se divide en dos sub áreas: el ser físico (sensación del cuerpo e imagen del cuerpo) y el ser personal (autoconsistencia, autoideal, ser espiritual, ético y moral).

• **Desempeño del Rol.** Se centra específicamente en los roles que la gente ocupa en sociedad. La necesidad básica subyacente en el modo de la función del rol se ha identificado como la integridad del rol social con claridad del individuo por sí solo y en sociedad. Para la integridad individual y social implica la necesidad de saber quién es uno en lo referente a otros de forma que se pueda actuar. Para los grupos, la claridad del rol incluye la necesidad de entender y de confiar al cumplimiento de su rol especificado dentro del grupo, de modo que el grupo pueda alcanzar metas comunes. Estos roles se dividen en tres; rol primario atribuido a la edad, sexo y etapa de desarrollo, el cual determina la mayoría de los comportamientos encontrados en una persona según su etapa de desarrollo, el rol secundario es aquel que una persona asume ya sea padre, esposa, profesional y el rol terciario es aquel que se elige libremente por la persona, de naturaleza temporal, es una tarea de menor importancia dentro de su desarrollo actual como ser miembro de un club, ser integrante de un equipo de deporte.

El desempeño del rol se centra en los papeles o roles que la persona ocupa en la sociedad, lo que se define como sistema de expectativas sobre como una persona que ocupa una posición se comporta hacia una persona que ocupa otra posición, llegando a una integridad social que es la necesidad de saber quién es una persona en lo referente a otra de modo que la persona pueda actuar. El rol dentro de un grupo, es el vehículo a través del cual las metas del sistema social se logran realmente ya que son los componentes de la acción asociados a la infraestructura del grupo. Los diferentes roles se diseñan para contribuir a la realización de la misión de un grupo, tareas o funciones asociadas al mismo.

- **El modo adaptativo de interdependencia.** Se centra en relaciones cercanas con la gente, como individuos y grupos, más que roles en sociedad. El modo de interdependencia en el cual la necesidad de la integridad más que asociarse al afecto, al desarrollo, a la maduración, y a recursos, se complementa.

El modelo de adaptación de Roy, observa que cada sistema humano individual o colectivo se esfuerza por la

integridad emparentada por cada una de estas áreas, con el objetivo de satisfacer las necesidades de afecto, desarrollo, y recursos para alcanzar la necesidad básica de la integridad emparentada del modo de la interdependencia. Este se relaciona con los procesos afectivos, de desarrollo, y de recurso con los que el individuo continúa creciendo como persona y como miembro que contribuye a la sociedad.

Las relaciones interdependientes se dividen en dos categorías: significativas y sistemas de ayuda. Las significativas son los individuos a los cuales se les da la mayoría del significado o de la importancia, pueden ser padres, esposos, amigos, Dios, miembros de la familia o aún animales. Estos significativos implican amarse, respetarse, valorarse, y alternadamente, ellos aman, respetan, y valoran un grado mayor que en otras relaciones.

Los sistemas de ayuda incluyen a la gente, grupos, y las organizaciones con las cuales uno se asocia para lograr metas o alcanzar un cierto propósito.

Los significados de relaciones con los sistemas de ayuda no llevan generalmente la misma intensidad que las de

relaciones con los significativos. Considerar el ejemplo de una mujer que pudo considerar a su esposo y niños como significativos y a un amigo en el trabajo y su club del puente como sistemas de ayuda. Un lugar de trabajo por sí mismo, se convierte en parte del sistema de ayuda de una persona.

Los factores que intervienen en la interdependencia son el contexto que es un sistema particular de estímulos externos e internos que influyen la relación tanto externamente, como en lo económico, social, político, cultural, creencia, y sistemas de la familia que afectan la relación e internamente con la misión (propósito de la existencia) de la relación, su visión (donde se dirige), los valores asociados (creencias), principios (pautas para la acción), y las metas, formalizadas o no, afectan las acciones y las realizaciones de participantes en la relación.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar el mejor entendimiento del trabajo.

- a) Paciente con cáncer de mama: Son personas con diagnóstico de cáncer de mama confirmado y que pueden encontrarse recibiendo algún tipo de tratamiento.
- b) Respuestas de adaptación : Son las conductas emitidas por el paciente con cáncer de mama en los cuatro modos adaptativos ; fisiológico, autoconcepto, desempeño de rol , e interdependencia frente a un estímulo focal (enfermedad)

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

A. TIPO – NIVEL – METODO DE INVESTIGACION

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo el método es descriptivo explicativo, porque trata de indagar las respuestas de adaptación que presenta el paciente con cáncer de mama y sincrónico; porque se estudio en un periodo corto y momento específico.

B. SEDE DE ESTUDIO.

El área de estudio para el desarrollo de la investigación será el Hospital Nacional Arzobispo Loayza que presenta pabellones de primera planta, con 12 especialidades medicas y 5 especialidades no medicas, también tiene una capilla: y en el segundo y tercer piso se ubican las oficinas del área administrativa

Entre uno de los servicios que ofrece esta Institución está el servicio de oncología ginecológica y de mamas que cuenta con consultorios externos, salas de hospitalización y de quimioterapia; los consultorios son 2, con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 am a 1:00 de la tarde y los lunes y miércoles de 2:00 a 6:00 de la tarde. También cuentan con una sala de procedimientos donde se realizan biopsias, aspiraciones, colposcopia, curaciones, drenajes electro cauterización, Papanicolaou y polipsectomia. Así como las salas de hospitalización y la sala de quimioterapias, donde se encuentran pacientes realizando su tratamiento y está a cargo de 4 enfermeras.

En este servicio se diagnostica y brinda tratamiento a pacientes con tumoración de mama y ginecológicos ya sea malignos o benignos; la población característica son personas adultas a adultas mayores, de status económico de medio a bajo.

C. POBLACION

La población estudiado estuvo formada por 40 pacientes con diagnostico de cáncer de mama en el mes de enero que se encontraban en el consultorio de oncología ginecológica y de mama; para fines del presente estudio se ha tomado un muestreo por conveniencia , teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes con reciente diagnostico de cáncer de mama (min. 1 mes)
- Pacientes sin iniciar tratamiento o pacientes que se encuentran realizando algún tipo de tratamiento por un tiempo menor igual a 1 año.

- Pacientes que no presenten enfermedades oncológicas anteriores.
- Pacientes sin trastornos psicológicos diagnosticados.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con deterioro de su estado de conciencia
- Pacientes con 2 días de diagnóstico o menos
- Pacientes que no hablan idioma castellano

D. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnica utilizada: Encuesta a pacientes diagnosticados con cáncer, tomando en cuenta el criterio de inclusión y exclusión

Instrumento utilizado: Cuestionario, que consta de 2 partes; la primera parte donde se hace la presentación respectiva, el objetivo de la encuesta y se pide su autorización para la ejecución. La segunda parte contiene el desarrollo del instrumento con 33 preguntas cerradas que la paciente responderá con el objetivo de identificar las respuestas adaptativas que presenta en los 4 modos adaptativos (fisiológico, autoconcepto, función de rol e

interdependencia). El tiempo programado fue de 10 minutos por cuestionario.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del contenido se realizó mediante la Prueba Binomial con la participación de 7 jueces expertos conformada por enfermeras especialistas en oncología e investigación donde se califica ítem por ítem.

La confiabilidad se realiza mediante la prueba piloto aplicada a la población, que consta del 10% de la población total, 25 pacientes previos la aplicación del instrumento.

E. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se realizó los trámites correspondientes en el área de investigación y docencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; así como las coordinaciones con la Jefatura de enfermería y la enfermera a cargo del servicio de oncología ginecológica y de mama.

Obtenido el permiso se coordino con el médico jefe del servicio y la enfermera jefe de servicio sobre los horarios que se considerarían para la recolección de la muestra; quedando establecido que sería toda la última semana de diciembre , donde el recojo de datos en los días laborables sea en consultorio externos salas de quimioterapia o de hospitalización .Obtenido los resultados de la prueba piloto , y realizada las mejoras correspondientes se inicio el proceso de recolección de datos, que fue todo el mes de enero.

A la población se le encontraba en las salas de espera de los consultorios externos; y se les identificaban de acuerdo al diagnostico presente en sus historias clínicas así se evito malos entendidos y procesos de ansiedad por parte de la paciente, luego de reconocido a los pacientes (nombre apellido y diagnóstico) se verificaba si la paciente conoce o no su diagnostico y si la respuesta era afirmativa se procedía a la aplicación del cuestionario. El horario que se utilizó para la recolección de los datos fue de lunes a viernes de 7:30 de la mañana a las 11:30 a.m durante un mes.

F. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de la recolección de datos los datos estos fueron procesados a través del paloteo manual, presentando los resultados en tablas estadísticas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico y los antecedentes revisados.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La participación de los pacientes fue completamente voluntaria, aplicándoles previamente el consentimiento informado; asegurando así siempre la confidencialidad de información que brinden.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

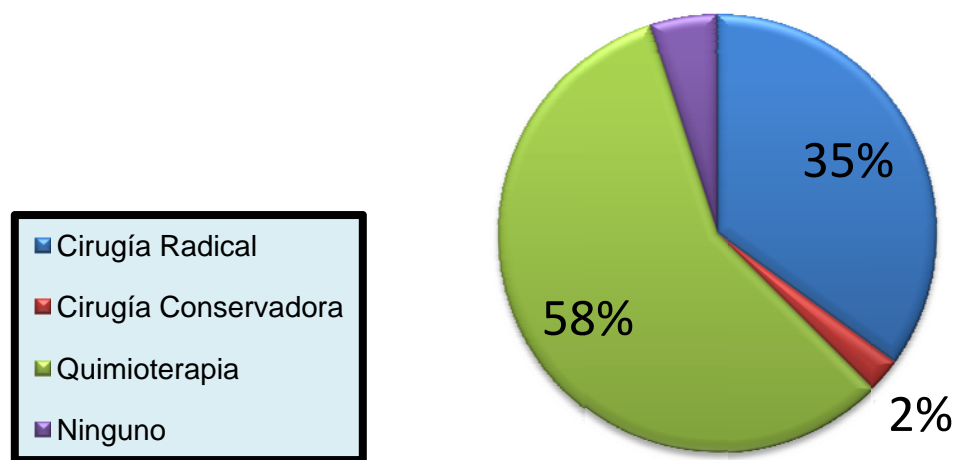
Luego de realizado la recolección de datos de los 40 pacientes en estudio; estos fueron procesados y agrupados de tal forma que pudieran presentarse en cuadros estadísticos, para un mejor análisis e interpretación.

A. RESULTADOS

Dentro de los datos generales podemos destacar que la población en estudio estuvo formada por mujeres con un promedio de edad de 54 años y con un rango de 40 años (Ver ANEXO E)

GRÁFICO N° 01

**TRATAMIENTO ACTUAL DE PACIENTES CON CÁNCER
DE MAMA. HNAL.
LIMA – PERU
2011**



La mayoría de las pacientes (65%) presentaban un grado de instrucción de nivel secundario, seguida por un 22.5% de mujeres con un grado de instrucción superior y un 12.5% con un nivel primario (Ver ANEXO F) También se evidencia que de estas pacientes en estudio 75% conviven con su pareja y un 25% no convive con alguna pareja (Ver ANEXO G)

Así mismo el tiempo de diagnostico de la enfermedad fue de 4 meses en promedio y el tratamiento que se encontraban

realizando al momento de la aplicación de instrumento fue quimioterapia (58%), cirugía radical (35%) cirugía conservadora (2%) y el 5% aun no iniciaba algún tipo de tratamiento (Ver Gráfico 1)

TABLA N° 01

**RESPUESTAS DE ADAPTACIÓN DE LAS PACIENTES
CON CÁNCER DE MAMA RESPECTO AL MODO**

FISIOLOGICO. HNAL.

LIMA – PERU

2011

MODO FISIOLÒGICO		TOTAL		SÍ		NO	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Alimentación y Apetito							
	Bajó de Peso	40	100,0	23	57,5	17	42,5
	Disminuyó su Apetito	40	100,0	18	45,0	22	55,0
	Cambió el tipo de Alimentación	40	100,0	30	75,0	10	25,0
	Se siente cómoda con su Alimentación actual*	30	100,0	14	46,6	16	53,4
Sueño							
	Queda dormida con facilidad	40	100,0	15	37,5	25	62,5
	Duerme bien durante la noche	40	100,0	13	32,5	27	67,5
Actividad y Reposo							
	Modifico las actividades que realizaba	40	100,0	36	90,0	4	10,0
	Aumento el numero de reposo y descanso durante el día	40	100,0	36	90,0	4	10,0
Dolor							
	Presencia de dolor	40	100,0	23	57,5	17	42,5

Se considera a los pacientes que cambiaron su alimentación

En la Tabla N° 01 se muestra las Respuesta de Adaptación de las pacientes en estudio referente al Rol Fisiológico; en él se evidencia que frente al aspecto “Alimentación apetito” se obtuvo que un 57.5% de pacientes bajaron de peso en las últimas semanas mientras que un 42.5% no bajo de peso en las últimas semanas. Por otro lado el 45% de las mismas disminuyo su apetito, mientras que un porcentaje considerable no lo hizo (55%). También se evidencia en los resultados un cambio en el tipo de alimentación antes y después del diagnostico con un 75% de pacientes que sí cambio su alimentación, respecto al 25% de pacientes que no cambiaron; de los pacientes que sí cambiaron su alimentación (30 pacientes) se obtuvo que un 46.6% se sienten cómodas con el cambio; mientras que el 53.4% manifestaron lo contrario.

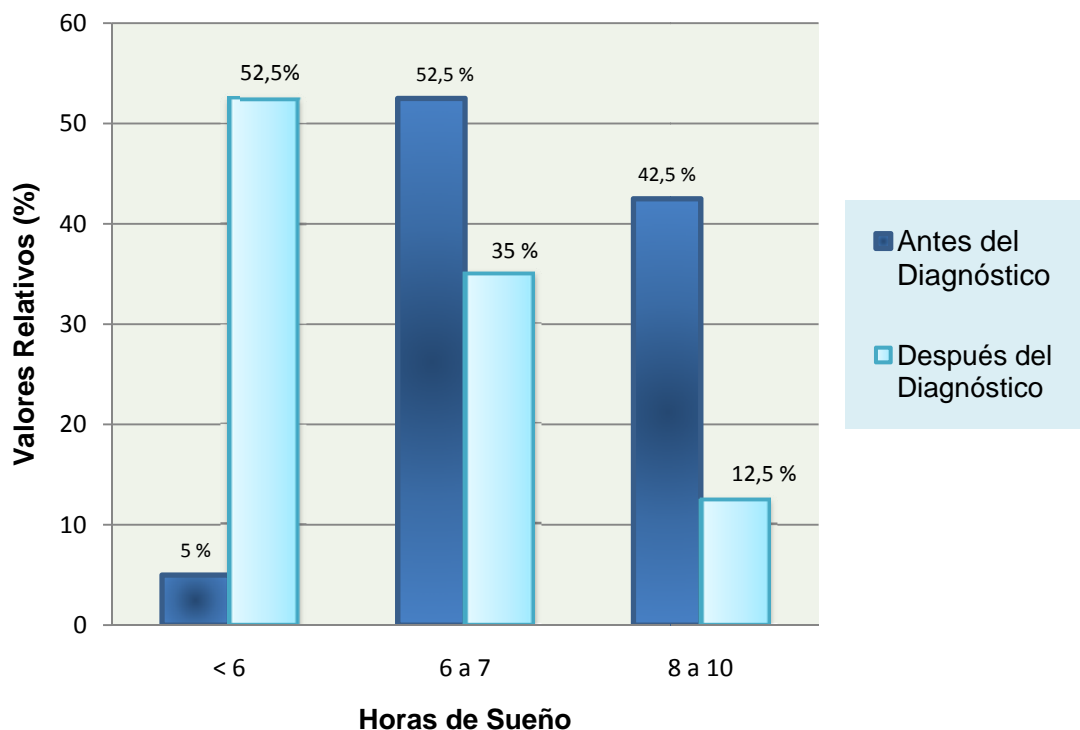
En lo que respecta al “Sueño” hubo un predominio de las respuestas negativas, siendo que un 62.5% de pacientes refirieron no quedarse dormidas con facilidad y un 37.5% mencionaron lo contrario; así mismo 67.5% de pacientes no dormían bien durante la noche y un número reducido de ellas dormía bien durante la noche (32.7%)

Por el contrario en lo que respecta a “Actividad y Reposo” las respuestas fueron predominantemente positivas obteniéndose que un 90% de las pacientes modificó las actividades que realizaban y que en el mismo porcentaje (90%) aumentaron su número de horas de reposo y descanso al día. Frente a la presencia o ausencia de dolor las pacientes manifestaron que sí lo presentan (57.5%) y que no presentan dolor un 42.5%

GRÁFICO N° 02

**NÚMERO DE HORAS DE SUEÑO ANTES Y DESPUÉS DEL
DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA SEGÚN
MODO FISIOLÓGICO. HNAL.**

**LIMA – PERU
2011**



Así mismo se hizo evidente un cambio en el número de horas de sueño antes y después del diagnóstico, resultando que antes del diagnóstico el 42.5% dormía de 8 – 10 horas , el 52.5% de 6 -7 horas y solo el 5% dormía menos de 6 horas ; cifras que resultaron opuestas luego del diagnóstico , ya que el 12.5% dormía de 8 – 10 horas , el 35% de 6 -7

horas y un porcentaje considerable un 52.5 dormía menos de 6 horas ; tal como se especifica en el Gráfico N° 02

TABLA N° 02

**RESPUESTAS DE ADAPTACIÓN DE LAS PACIENTES
CON CÁNCER DE MAMA RESPECTO AL MODO
AUTOCONCEPTO.HNAL.
LIMA – PERU
2011.**

MODO DE AUTOCONCEPTO	TOTAL		SÍ		NO	
	N	%	N	%	N	%
Preocupación por apariencia física.	40	100	29	72,5	11	27,5
Se considera menos atractiva.	40	100	19	47,5	21	52,5
Modificó su forma de vestir.	40	100	21	52,5	19	47,5
Aumento de sensibilidad y llanto	40	100	30	75	10	25
Planes para futuro	40	100	11	27,5	29	72,5

Referente al Rol de autoconcepto (Tabla N°2) se evidencio que un 72.5% de las pacientes muestra una preocupación por su apariencia física mientras que un 27.5% no lo hace, sin embargo a la pregunta ¿Si se

considera menos atractiva? las respuestas fueron afirmativas con un 47.5%, mientras que un 52.5% negativamente. A la vez la mayoría de pacientes modificaron su forma de vestir (52.5%) y un 47.5% no lo hizo . Frente a la sensibilidad al llanto que manifiestas las pacientes el 75% refirió que son más sensibles y tienden al llanto con facilidad, y un 25% manifestó lo contrario. Así mismo también la mayoría de las pacientes no tienen proyecciones para el futuro, representando estas un 72.5%; frente a un 27.5% que sí tienen proyectos futuros.

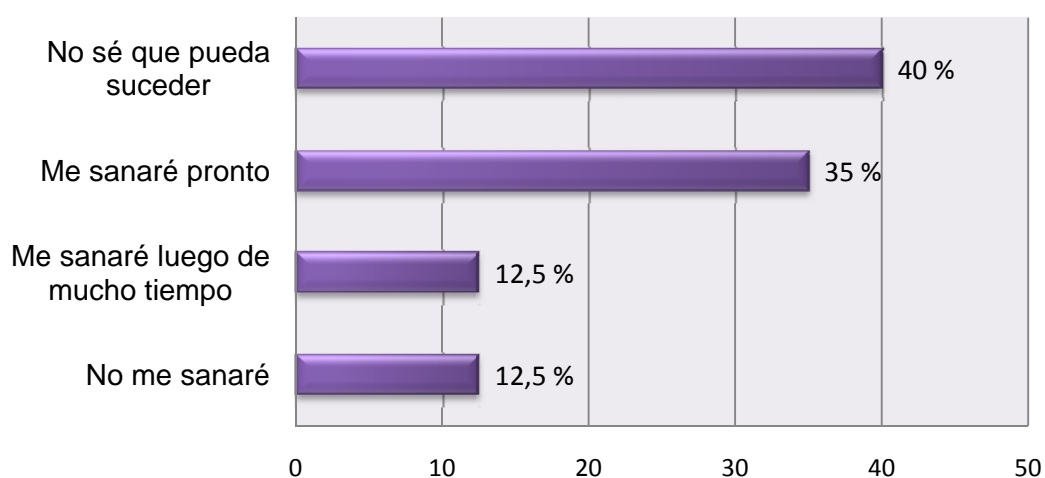
GRÁFICO N° 03

**EXPECTATIVAS FRENTE A LA ENFERMEDAD DE PACIENTES
CON CÁNCER DE MAMA SEGÚN MODO AUTOCONCEPTO.**

HNAL.

LIMA – PERU

2011



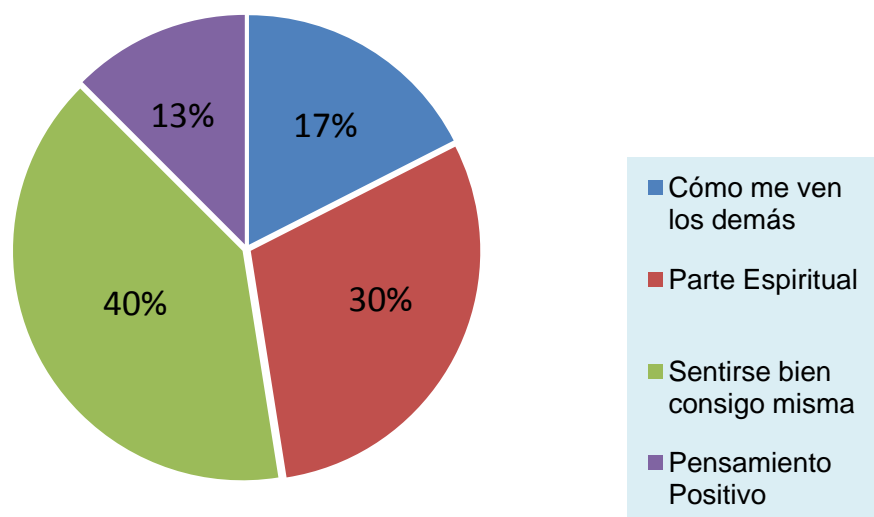
En cuanto a las expectativas que tienen las pacientes de cáncer de mama frente a la enfermedad, se observó que un mayor número de ellas (40%) no tiene ninguna expectativa frente a la enfermedad, pero hay un 35% de ellas que consideran que sanaran prontamente mientras que un porcentaje menor pero semejante cree que sanara luego de mucho tiempo (12.5%) y No sanara también con la misma cantidad (12.5%), como se especifica en el Gráfico N° 0 3.

GRÁFICO N° 04

**ASPECTO MÁS IMPORTANTE COMO PERSONA EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA SEGÚN MODO
AUTOCONCEPTO. HNAL.**

LIMA – PERU

2011



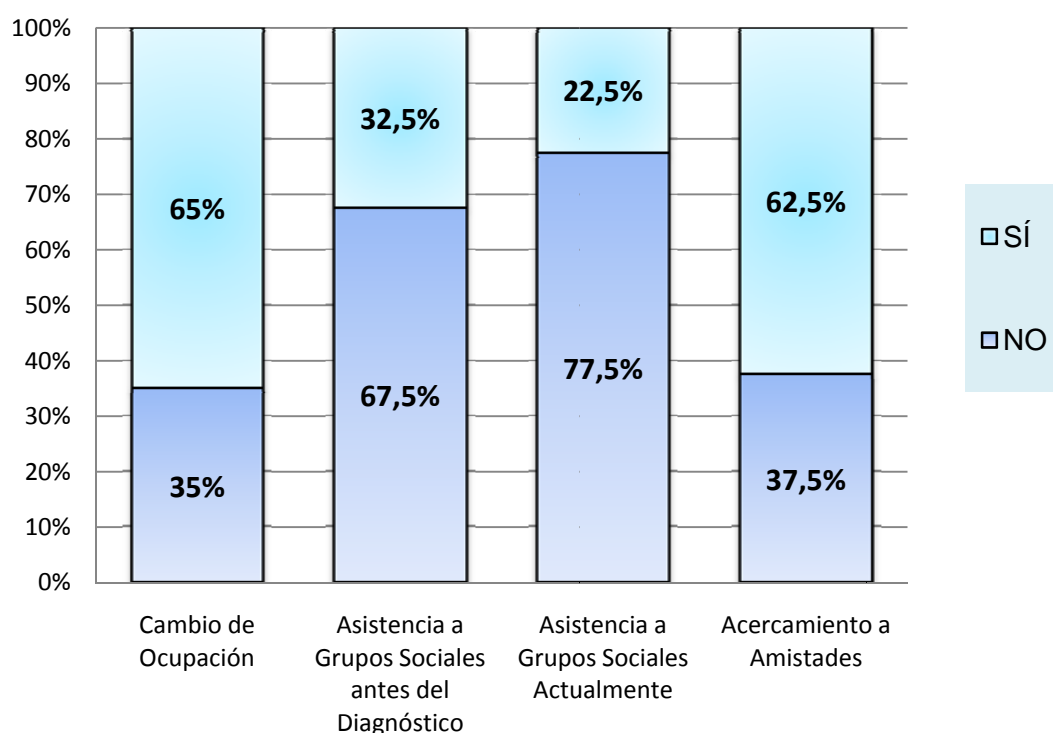
Es interesante evidenciar los aspectos que consideran las pacientes más importantes como persona y entre ellos están el sentirse bien consigo misma (40%) y el mantener y conservar su parte espiritual (30%), mientras que un 17% tiene una preocupación por cómo la ven las personas de su entorno y un 13% se preocupa por mantener pensamientos positivos (Ver Gráfico N° 04)

GRÁFICO N° 05

**RESPUESTAS DE ADAPTACIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER
DE MAMA SEGÚN MODO FUNCION DE ROL .HNAL.**

LIMA – PERU

2011.



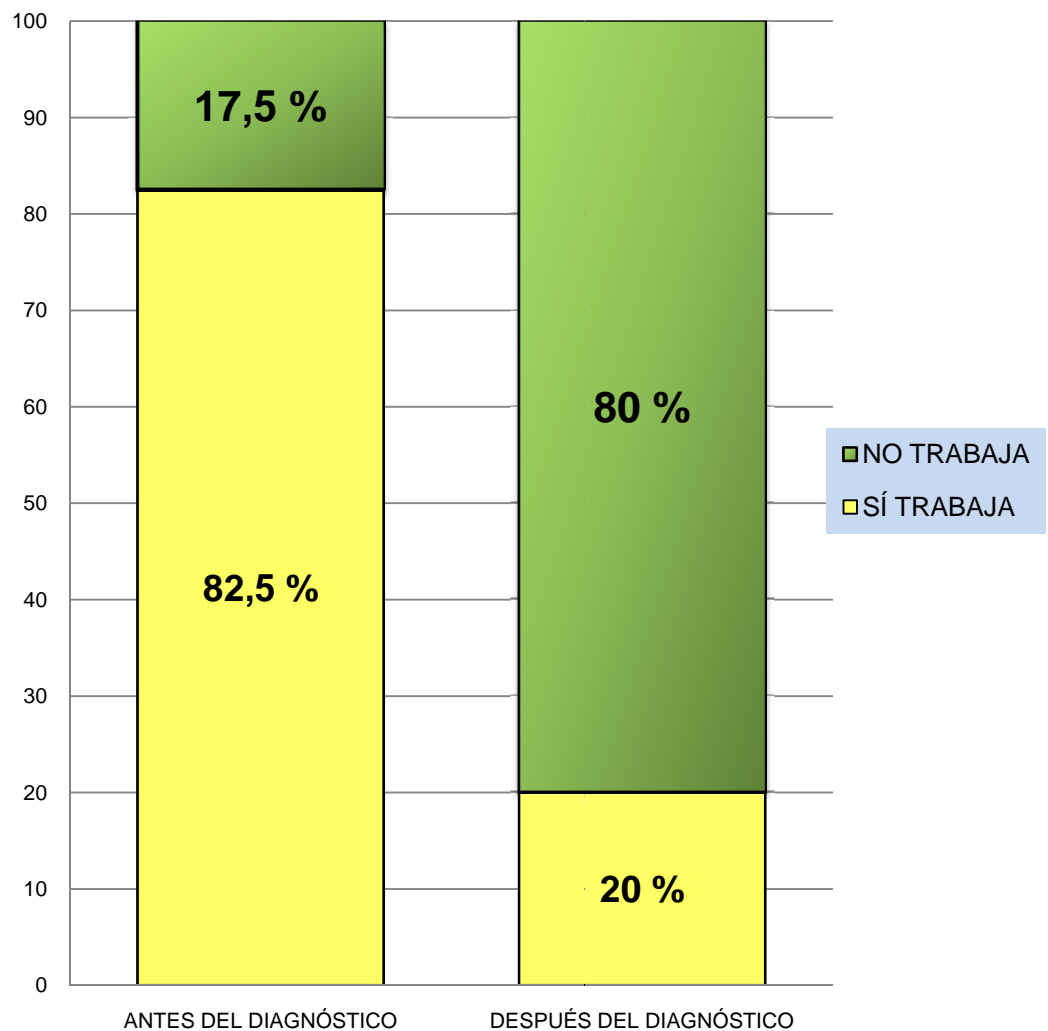
La función que cumplen las pacientes dentro del núcleo familiar son de madre (75%) seguida por la de hija (15%) mientras que la función de la cumplen solo el esposa (10%) (Ver ANEXO H)

En el Gráfico N°5, Modo de Función de Rol, muestra que en el aspecto ocupación hubo un cambio antes y después del diagnostico; donde el 65% de pacientes cambio de ocupación luego del diagnostico; mientras

que un 35 % no cambio de ocupación. En este cuadro se identifica que la mayoría de las personas no asistían a ningún grupo social, ya sea antes de conocer su diagnostico (67.5 %) ni después de haberlo conocido (77.5%); por otro lado ,del (32.5%) de pacientes que asistían a grupos sociales antes de conocer su diagnostico estos disminuyeron su asistencia luego de conocerlo (22.5%) Respecto al acercamiento a sus amistades que tuvieron estos pacientes luego de su diagnostico se observa que un 62.5% mejoró en su relación con ellos; mientras que el 37.5% afirma lo contrario.

GRÁFICO N° 06

**OCUPACIÓN ANTES Y DESPUES DEL DIAGNÓSTICO DE
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA SEGÚN
MODO FUNCIÓN DEL ROL. HNAL.
LIMA – PERÚ
2011**



En el Gráfico N° 06 se observa el cambio en la función de rol luego del diagnostico ya que del 82.5% de mujeres que trabajaban antes del diagnostico, disminuyo a 17.5% de mujeres que actualmente no son económicamente activas; muestras que luego de diagnostico solo el 20% trabaja y el 80% no lo hace. Por otro lado de las mujeres que antes trabajaban se encontró que el 52.5% eran comerciantes y el 30% empleadas públicas; luego del diagnostico esto vario ya que solo el 2.5% continuaba trabajando como comerciante y el 17.5% como empleada pública. (Ver ANEXO I)

TABLA N° 03
PRINCIPAL APOYO PARA SUPERAR LA ENFERMEDAD
EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA SEGÚN MODO
INTERDEPENDENCIA .HNAL.
LIMA – PERÚ
2011.

PRINCIPAL APOYO FRENTE A LA ENFERMEDAD	N	%
Pareja	23	57,5
Hijos	11	27,5
Hermanos	5	12,5
Personal de salud	1	2,5
TOTAL	40	100,0

A la pregunta” ¿Quién es su principal apoyo para superar la enfermedad?” se obtuvo que un 57.5% era la pareja con la que convive, seguido de los hijos con un 27.5% y los hermanos con un 12.5% ; un pequeño porcentaje considera al personal de salud como su principal apoyo (2.5 %) Ver tabla N° 03.

TABLA N° 04
TIPO DE RELACION CON SU PAREJA EN PACIENTES
CON CANCER DE MAMA SEGÚN MODO
INTERDEPENDENCIA .HNAL.
LIMA – PERÚ
2011

TIPO DE RELACION CON LA PAREJA	Antes de Diagnostico		Actualmente	
	N	%	N	%
Buena	8	26,7	15	50,0
Regular	13	43,3	10	33,3
Mala	9	30,0	5	16,7
TOTAL	30	100,0	30	100,0

En la tabla N° 04 resalta que las pacientes en estudio mejoraron la relación con su pareja después de conocido el diagnóstico; ya que

quienes consideraban su relación como mala disminuyo del 30% antes del diagnostico a 16.7% después del mismo: igualmente quienes la consideraban regular disminuyo del 43.3% a 33.3% .En ambos casos a expensas de un aumento de quienes consideraban su relación como buena, del 26.7% antes del diagnostico al 50% luego del mismo.

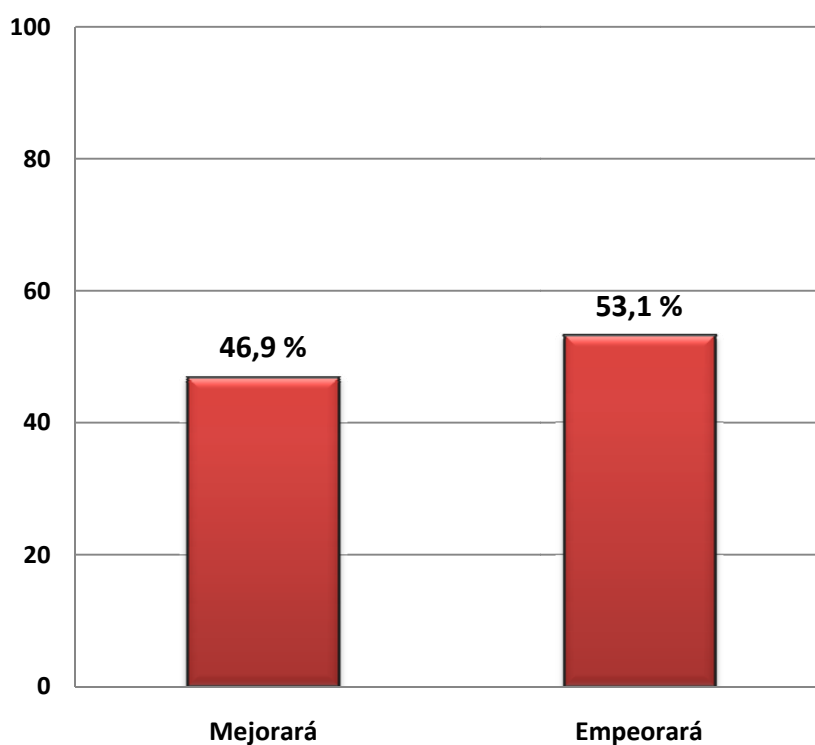
Pese a los resultados mencionados en líneas anteriores llama la atención que un 53.1% de pacientes tengan una expectativa futura negativa respecto a la relación con su pareja, mientras que un 46.9% consideran que su relación mejorará. (Ver Gráfico N° 07)

GRÁFICO N° 07

**EXPECTATIVA FUTURO RESPECTO A LA RELACIÓN CON LA
PAREJA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA SEGÚN
MODO INTERDEPENDENCIA. HNAL.**

LIMA – PERÚ

2011.



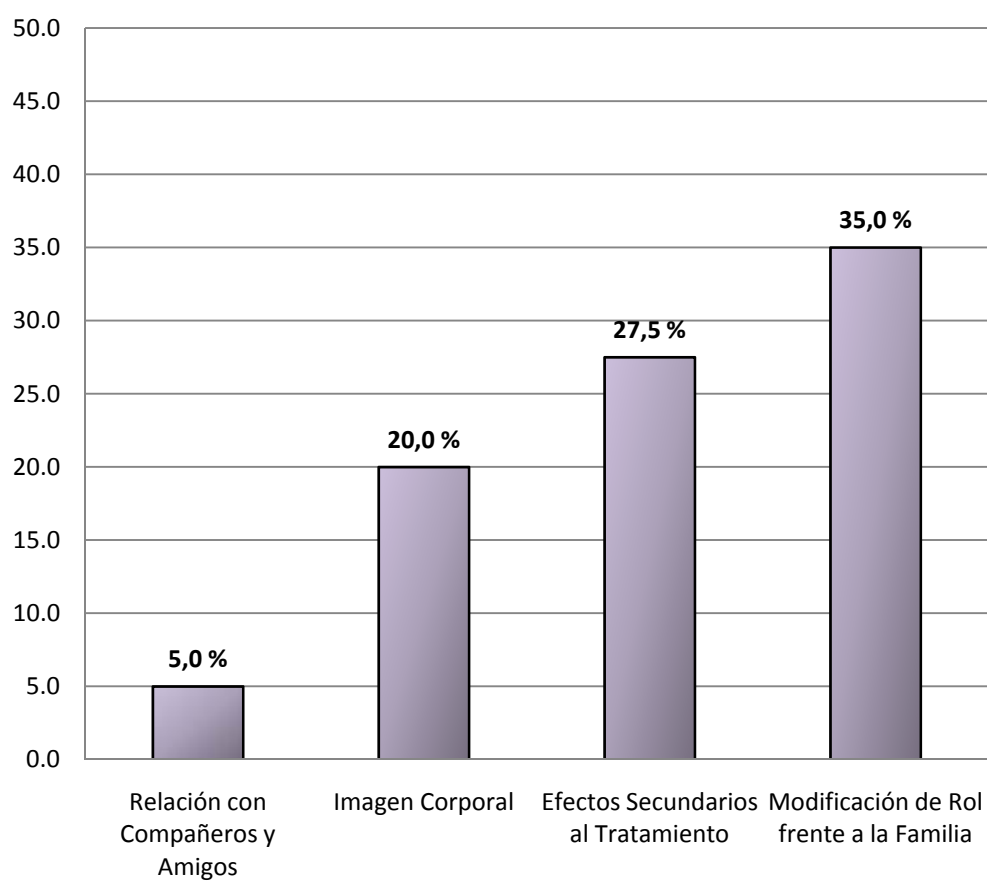
Llama la atención evidenciar en los resultados que un número considerable de pacientes prefiere quedarse sin ninguna compañía, representando el 30% del total, aun así la mayoría de ellas prefieren la compañía de sus familiares con un 35% (ver ANEXO J).

GRÁFICO N° 08

ASPECTO QUE PREOCUPA ACTUALMENTE A LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA. HNAL.

LIMA – PERÚ

2011



En la Tabla N° 08, el 35% centra su principal preocupación en su función de rol (Modificación de rol frente a la familia) seguido por un 27.5% cuya principal preocupación es el aspecto fisiológico (efectos secundarios del tratamiento); mientras que el rol de autoconcepto (Imagen corporal) representa un 20%; e interdependencia (Relación con sus compañeros y amigos) tan sólo representa el 5% de total de pacientes .

B. DISCUCION

La adaptación de los pacientes al cáncer depende de varios factores; entre éstos están las características propias de la paciente anteriores al diagnóstico, el entorno que la rodea y las situaciones estresantes propias de la enfermedad. Dentro del primer y segundo factor tenemos la edad, nivel sociocultural (el cual dará la pauta al significado que la mujer le dé a su enfermedad) el valor que le da a su apariencia física y a la mama como parte importante de su cuerpo; al estado civil, así como a la calidad de su relación de pareja, a la conservación de sus contactos previos con la enfermedad. De otro lado la reacción dependerá también del acceso a la atención médica, de su labilidad emocional(10); las pacientes en estudio están dentro de algunas de estas características es así que la mayoría se encuentra en edad adulta madura y están concluyendo o concluyeron ya la etapa de la menopausia ;similar hallazgo tuvo Valderrama (2003)en un estudio realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, donde refiere que el grupo etario de mayor frecuencia fue el de las mujeres mayores a los 45 años (78.8%) ; otro de los hallazgos en nuestra investigación muestra que las pacientes siguen cumpliendo el rol de madre y esposa por la convivencia con la pareja y los hijos; la mayoría con grado de instrucción primaria; y actualmente no son económicamente activas(27). Entre las situaciones estresantes que son propias de la

enfermedad tenemos al diagnóstico, al tratamiento, a los efectos secundarios de los tratamientos, las pruebas complementarias, la incertidumbre sobre la curación, etc. (15). Tal es el caso que un porcentaje considerable en nuestro estudio están realizando quimioterapia como tratamiento mientras que otro número considerable han sido sometidas a cirugía; ambos tipos de pacientes están viviendo los efectos secundarios que los tratamientos ocasionan. Es así que todos estos eventos van a generar en la paciente una forma diferente de respuesta, que la enfermera debe estar presta a identificar, para saber encausar su intervención y optimizar este proceso de adaptación que toda paciente con cáncer de mama suele atravesar.

El encontrarse dentro de tratamientos de quimioterapia, radioterapia o cirugía (mastectomía) van a desencadenar los efectos secundarios propios de dichos tratamientos, generando cambios en el aspecto fisiológico de las pacientes (13). En la Quimioterapia, por ejemplo, están los efectos gastro - intestinales tales como náuseas, vómitos, diarrea estreñimiento, anorexia que ocasionan una disminución en el peso corporal, surge la caída del cabello, dificultades en el sueño – vigilia, cansancio y astenia. Por otro lado los efectos secundarios propios a un proceso de cirugía son básicamente de dolor en la zona intervenida, el riesgo a infección y la movilización de miembros superiores por temor al dolor (9). Todo lo mencionado va

a ocasionar en la persona una modificación en sus estilos de vida ; ya sea cambios en el tipo de alimentación (alimentación mas nutritiva) modificación de sus actividades diarias , aumento en el número de horas de reposos , disminución del sueño profundo , aumento de horas de sueño ; actividades que puede llegar a aceptar y adaptarse, así como a rechazar ; ocasionando un desequilibrio y como consecuencia una pobre adaptación ,llevándola a una mala calidad de vida.

Por ello en el presente estudio se ha encontrado que las pacientes están atravesando más de un efecto secundario frente al tratamiento que están recibiendo (quimioterapia ó cirugía), y que hay modificaciones en sus estilos de vida. Entre los efectos secundarios presentes en el estudio están la disminución del apetito, por tanto pérdida de peso , también presente en la mayoría de las pacientes ; presencia de dolor y modificación de sus estilos de vida como el cambio de alimentación , disminución de número de horas de sueño - vigilia, este último dato diferente a lo encontrado en la literatura ya que en líneas anteriores se mencionó que es característico encontrar un aumento de horas de sueño ; así también se encontraron cambios de las actividades diarias y aumento de horas de reposo y debilidad .También se observa que no hay una aceptación al cambio en sus hábitos de alimentación, lo que indicaría una respuesta adaptativa en proceso, producto de un rechazo a su nueva situación de salud.

La adaptación del paciente es progresivo y atraviesa fases adaptativas como lo menciona Almanza , ya sea la presencia de negación de la enfermedad propia en la primera fase y que son comunes durante las primeras semanas de conocido el diagnóstico inclusive llegando hasta el inicio del tratamiento ; la segunda fase donde el paciente reconoce la enfermedad ,la acepta ; dentro de el se encuentran pacientes con varias semanas de tratamiento ; y por último la tercera fase donde el paciente con cáncer ya aceptó la enfermedad , incluye el retorno a la rutina y aparición de estado de optimismo (planes para futuro y expectativas frente a la enfermedad) (16)

El Modo Autoconcepto donde están incluidas las características psicológicas y espirituales de la persona , lo que piensa de si misma , compuesta por la percepción interna y percepción de los demás (yo personal , yo físico , yo ideal , yo ético) desempeñan una función indudable en la determinación tanto de como se percibe la enfermedad así como también de la manera como se enfrenta esta situación (25) ; es así que las pacientes que son mastectomizadas presentaran una baja respuesta en el modo autoconcepto ya que la extracción de mama está íntimamente relacionado con la femineidad, ocasionando que la aceptación de la nueva imagen corporal sea difícil, afectando la aceptación de sí misma y por ende en su calidad

de vida ; lo mismo sucede en las pacientes con quimioterapia que por el mismo proceso se ven afectadas en su apariencia física , mostrando resequedad de la piel , alopecia , disminución de la función sexual , entre los principales.

En nuestro estudio se encontró que las pacientes se siguen preocupando por su apariencia física, a pesar de todo, tienen interés de seguirse sintiendo atractivas y se preocupan por conservar su autoestima (sentirse bien consigo misma) lo que indicaría una buena disposición hacia su imagen física actual. Pero referente a las expectativas futuras de la enfermedad, elaboración de planes de vida futura se encontró una baja expectativa futura y estado de pesimismo frente a la vida / enfermedad. Lo que nos llevaría a deducir que las pacientes aun están en una lucha interna por seguir siendo como antes, pero de otro lado se resisten a rendirse a la enfermedad y utilizan su fortaleza interna para superar esta situación que le ha tocado vivir.. Ello permite a la paciente darle un sentido a su vida y a su posible finitud, aumenta su tolerancia y la aceptación de su realidad, no abandona la esperanza, y la necesidad de luchar hasta el final; tal y como lo señala la teoría.

Dentro de otros factores que también influyen en las respuestas adaptativas esta el modo Función de Rol, que puede ser secundario, si

se incluye la función que cumple la persona dentro de la familia o terciario si se toma en cuenta la función que cumple la persona en la sociedad; ambos roles son importante ya que refuerza la autoestima, confianza, mejora sus sistemas de apoyo y hace que la persona sea un ser activo y sociable (26). Las personas con cáncer tienden a disminuir y reducir su entorno social (21), esto debido a que la enfermedad no solo perturba el desarrollo de las acciones del sujeto y se deterioran, sino también, cambia sus estilos de vida, y en muchas ocasiones como lo muestra el estudio los convierte en dependiente económicamente. Todo ello lleva a una pobre participación social y familiar resultando como consecuencia en una mala calidad de vida en el paciente ; tal como se evidencio en el estudio donde las persona cumplen una escasa actividad social , ya que no hay participación activa dentro de la familia , cambiaron su ocupación de trabajadoras a personas económicamente dependientes; del mismo modo el rol que cumplen dentro de la sociedad también se modifico , ya que disminuyó su asistencia a grupos sociales generando una situación de aislamiento voluntario, que parten de una inseguridad en sus relaciones de grupo; lo que nos permite reiterar que la adaptación es un proceso, que no se da inmediato, que solo el tiempo permitirá que vayan aceptándose primero a sí mismas , para luego insertarse a su entorno social, ambos escenarios no se pueden dar en simultáneo.

Al hablar de los efectos psicosociales del cáncer es importante señalar que es una enfermedad que no solo afecta al paciente sino que perturba a toda la familia (18), Rebelger y Vargas (1994) enfatiza que el cáncer afecta todo el sistema familiar pudiendo perturbar su equilibrio; resultado puede ser una mayor tensión del paciente con cáncer y de todos los miembros de la familia (28).

Una reacción negativa de su entorno social, es decir de sus amistades puede generar en la paciente inseguridad, temor y miedo. Es por ello importante el rol educativo de la enfermera hacia el grupo familiar de la paciente, resaltando la importancia de su participación activa y favorable en el proceso de adaptación de la paciente. (13)

En nuestra investigación las pacientes refieren que no se ha afectado la aceptación de su pareja, e inclusive han identificado una mejora en su relación, y de otro lado las parejas constituyen para ellas su principal apoyo tanto económico como social y espiritual; pero subsiste el temor y el miedo a que la pareja cambie con el tiempo, es decir, no creen que su relación con su pareja mejorará.

El aspecto que le preocupa más a las pacientes con cáncer de mama está el cambio de funciones, rol en la familia, seguido de los efectos secundarios que puede ser propios del tratamiento. Resultados similares se mostraron en el estudio realizado por Adolfo Edgar Mamani

Cabanillas (2008) donde la mayoría de mujeres en estudio mostraron una mayor preocupación por el aspecto familiar, seguido por la preocupación de la salud.

Callista Roy en su teoría de adaptación, menciona 4 modos adaptativos que conectados entre no permiten identificar el tipo de adaptación por la que atraviesa una persona enferma y estas son los modos fisiológicos, modo autoconcepto, modo función de rol y modo de interdependencia; y que darán como resultado final una adecuada o no adecuada calidad de vida en el paciente.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Como parte final del presente trabajo de investigación y teniendo como base los objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

- Con respecto al Modo Fisiológico las pacientes con cáncer de mama mostraron inconformidad con el cambio de alimentación,

también dificultad para conciliar el sueño y cuando lo logran tienen una mala calidad del mismo, motivo por el cual disminuyen sus horas de sueño.

- Respecto al Modo de Auto concepto las mujeres se siguen sintiendo atractivas frente a su pareja y se preocupan por su apariencia física y mantiene su autoestima. También cabe recalcar que cultivan aspectos de fe, religión que les son muy importantes como persona. Pero pese a todo lo mencionado aun tiene pobre expectativa de vida futura frente a la enfermedad.
- En el Modo de Función de rol, el principal rol que cumplen son de madre, encontrándose con dependencia económica por cambio en el estado laboral (antes trabajaba, actualmente ya no trabaja); frente al rol que cumplen en la sociedad, se encuentran con una actividad social muy limitada.
- En el Modo Interdependencia: Se muestra una mejoría en las relaciones que tienen con su pareja, llegando a ser ellos su principal apoyo, tanto económico como emocional; pero persiste el temor a que la relación en un futuro empeorará.

- Los aspectos que más preocupan a las pacientes con cáncer de mama son todos los relacionados con el cambio del rol frente a la familia , ya no es la figura del hogar que brinda cuidado ; y en segundo lugar los efectos secundarios que ocasionan los tratamientos propios de la enfermedad.

B. LIMITACIONES.

Entre las limitaciones encontradas a lo largo de la realización del proyecto de investigación fueron:

- Los pocos pacientes encontrados que se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión.
- Demora en los trámites administrativos.

C. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- La enfermera que trabaja en el servicio de oncología debe elaborar protocolos y/o guías que brinden una atención holística a las pacientes con cáncer de mama y/o familiares, con el fin de apoyar a que logren su adaptación a la enfermedad y mejorar con ello su calidad de vida.

- Que se realicen trabajos de investigación acerca de sistemas de apoyo en pacientes con cáncer de mama.
- Realizar estudios de enfoque cualitativo que permita indagar y profundizar información sobre la reacciones emocionales que experimenta la paciente con cáncer de mama entorno a su imagen corporal.
- Que se realicen trabajos de investigación que midan los niveles de adaptación en pacientes con cáncer de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) OMS. MMWR (en línea) (fecha de acceso 20 de mayo del 2009)

disponible en:

<http://www.who.int/es/index.htm>

(2) INEN. MMWR (en línea) (fecha de acceso setiembre del 2010)

disponible en:

[http:// www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe)

(3) LI NING Elsa María Luisa, “Conciencia de enfermedad terminal, actitudes y expectativas de los pacientes y sus familiares” , Tesis para optar titulo de Medico General, 1999

(4) CALVO Gil María Julia y Priscila Andrea Narváez Pinochet “Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas”, Tesis para optar titulo de licenciada en enfermería, 2009

(5) CARVALHO Fernández Ana Fátima “Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama” 2005

(6) REIMSS ,RAMÍREZ Ochoa Martha Cecilia, García Campos María de Lourdes, Alarcón-Rosales María de los Ángeles, “Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria” 2008

(7) REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA “El cáncer de mama en América latina y el Caribe”. Vol.12, Año 2002

(8) ESCUDERO ,Fernández Manuel. Avances de Câncer de mama. Madrid Real Academia Nacional de Medicina. 2005. pp. 136 – 160

(9) GOLDMAN Lee y Claude Bennett. “Tratado de medicina interna”. 21º Ed. Vol. I. España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana , 2002 ,pp. 1137-1147

(10) CASCIATO, Dennis A. “Manual de Oncología Clínica”. 2º Ed. España: Editorial Journal ,2007, pp.432 - 440

(11) PAGE David y Rech. “La mama - Manejo Multidisciplinario de enfermedades benignas y malignas” 3ºEd. México: Editorial Panamericana, 2008, pp. 1644 – 1652

(12) INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. [en línea] [Fecha de acceso: 28 de julio del 2010] URL. Disponible en:

<http://www.cancer.gov/español>

(13) ORGANIZACIÓN PREVENTIVA DE LA SALUD. “Programa de actualización y perfeccionamiento profesional. Universidad Abierta e – learning. Enfermería oncológica”. pp.24-30

(14) FERNÁNDEZ ERNESTO. “Cáncer de mama” [En línea] fecha de acceso 17 julio 2008. Disponible en <http://www.cun.es/areadesalud/enfermedades/cancer/>

(15) SOLIDORO Andrés. “Apuntes de cancerológica”. Perú. 2007. UNMSM. pp.45-634

(16) ESCAPE Tania. “Aspectos psicológicos en la paciente con cáncer de mama”. En Rev.” Electrónica de Salud y Mujer”. Vol. 1, N°.13, Año 2004. pp 1-3.

(17) MEZA Del Pilar María. “Guía Clínica de Intervención Psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico”. En Rev. Perinatol Reprod Hum. .Vol. 21, N° 2. Año 2007. pp.72-80

(18) DA SILVA Lucia Cecilia. "Cáncer de mama e sofrimento psicológico aspectos relacionados ao feminino". En Rev. Psicología em Estudo, Vol. 13, N°. 2, Año. 2006 .pp. 239-237

(19) DUARTE T. y Andrade A. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Brasil. Estudios de Psicologia, 2003, pp. 155-163

(20) MONROY A. Aspectos psicológicos , sexuales y educativos del cáncer de mama .México .Editorial Manual Moderno . 2003. pp.39-49

(21) ESCALANTE Gregorio y Karen Lorena Escalante." Enfermedad terminal y Psicología de la salud". Venezuela. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 8 N° 1-4. 1. 2002.

(22) BAIDER, S Wein . Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside. Critical reviews in oncology/hematology. 2001

(23) INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. “El concepto de la adaptación a la enfermedad en psicología de la salud y en psicología oncológica” [*En línea*] *Fecha de acceso: 28 de julio del 2010.*

Disponible en:

<http://www.cancer.gov/español>

(24) GARCÍA Carmen y Maritza Gonzales Blanco. “Bienestar Psicológico y cáncer de mama”. En Rev. Avances de Psicología Latinoamericana. Vol. 25, N° 001, Año 2007, pp.72 – 80

(25) MARRINER Ana Tomy y Martha Raete Alligood. “Modelos, Teorías en enfermería”. 6° Ed. España. Elseiver Mosby, 2007, pp. 353-375

(26) TEORÍAS DE ENFERMERÍA .MMWR (en línea) fecha de acceso 22 de mayo del 2009. Disponible en:

[http:// www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm)

(27) REBELGER y Vargas, “Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación” Tesis para optar el Grado Académico de: Magíster en Psicología ,2004

(28) REVISTA PSICO-USF, VALDERRAMA, “Afrontamiento y calidad de vida, un estudio de pacientes con cáncer de mama”, Vol. 8, Año 2003.

BIBLIOGRAFIA

- BAIDER, S Wein . Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside. Critical reviews in oncology/hematology. 2001
- CALVO Gil María Julia y Priscila Andrea Narváez Pinochet “Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas”, Tesis para optar título de licenciada en enfermería, 2009
- CARVALHO Fernández Ana Fátima “Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama” 2005
- CASCIATO, Dennis A. “Manual de Oncología Clínica”. 2º Ed. España: Editorial Journal ,2007, pp.432 - 440
- DA SILVA Lucia Cecilia. “Cáncer de mama e sofrimento psicológico aspectos relacionados ao feminino”. En Rev. Psicologia em Estudo, Vol. 13, N°. 2, Año. 2006 .pp. 239-237

- DUARTE T. y Andrade A. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Brasil. Estudos de Psicologia, 2003, pp. 155-163

- ESCALANTE Gregorio y Karen Lorena Escalante.” Enfermedad terminal y Psicología de la salud”. Venezuela. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 8 N° 1-4. 1. 2002.

- ESCAPE Tania. “Aspectos psicológicos en la paciente con cáncer de mama”. En Rev.” Electrónica de Salud y Mujer”. Vol. 1, N°.13, Año 2004. pp 1-3.

- ESCUDERO ,Fernández Manuel. Avances de Câncer de mama. Madrid Real Academia Nacional de Medicina. 2005. pp. 136 – 160

- FERNÁNDEZ ERNESTO. “Cáncer de mama” [En línea] fecha de acceso 17 julio 2008. Disponible en <http://www.cun.es/areadesalud/enfermedades/cancer/>

- GARCÍA Carmen y Maritza Gonzales Blanco. “Bienestar Psicológico y cáncer de mama”. En Rev. Avances de Psicología Latinoamericana. Vol. 25, N° 001, Año 2007, pp.72 – 80

- GOLDMAN Lee y Claude Bennett. “Tratado de medicina interna”. 21º Ed. Vol. I. España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana , 2002 ,pp. 1137-1147

- INEN. MMWR (en línea) (fecha de acceso setiembre del 2010) disponible en:
- [http:// www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe)

- INEN. MMWR (en línea) (fecha de acceso setiembre del 2010) disponible en:
- [http:// www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe)

- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. [en línea] Fecha de acceso: 28 de julio del 2010 Disponible en:
 - <http://www.cancer.gov/español>

- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. EL CONCEPTO DE LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y EN PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA [En línea] Fecha de acceso: 28 de julio del 2010. Disponible en:
 - <http://www.cancer.gov/español>
- LI NING Elsa María Luisa, “Conciencia de enfermedad terminal, actitudes y expectativas de los pacientes y sus familiares” , Tesis para optar titulo de Medico General, 1999

- MARRINER Ana Tomy y Martha Raete Alligood. “Modelos, Teorías en enfermería”. 6° Ed. España. Elseiver Mosby, 2007, pp. 353-375

- MEZA Del Pilar María. “Guía Clínica de Intervención Psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico”. En Rev. Perinatol Reprod Hum. .Vol. 21, N° 2. Año 2007. pp.72-80

- MONROY A. Aspectos psicológicos , sexuales y educativos del cáncer de mama .México .Editorial Manual Moderno . 2003. pp.39-49

- OMS. MMWR (en línea) (fecha de acceso 20 de mayo del 2009) disponible en:
- <http://www.who.int/es/index.htm>

- ORGANIZACIÓN PREVENTIVA DE LA SALUD. “Programa de actualización y perfeccionamiento profesional. Universidad Abierta e – learning. Enfermería oncológica”. pp.24-30

- PAGE David y Rech. “La mama - Manejo Multidisciplinario de enfermedades benignas y malignas” 3°Ed. México: Editorial Panamericana, 2008, pp. 1644 – 1652

- REBELGER y Vargas, “Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación” Tesis para optar el Grado Académico de: Magíster en Psicología ,2004

- REIMSS ,RAMÍREZ Ochoa Martha Cecilia, García Campos María de Lourdes, Alarcón-Rosales María de los Ángeles, “Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria” 2008
- REVISTA PSICO-USF, VALDERRAMA, “Afrontamiento y calidad de vida, un estudio de pacientes con cáncer de mama”, Vol. 8, Año 2003.
- REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA “El cáncer de mama en América latina y el Caribe”. Vol.12, Año 2002
- SOLIDORO Andrés. “Apuntes de cancerológica”. Perú. 2007. UNMSM. pp.45-634
- TEORÍAS DE ENFERMERÍA .MMWR (en línea) fecha de acceso 22 de mayo del 2009. Disponible en:
- [http:// www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm)

INDICES DE ANEXOS

	Anexos	pág.
A:	OPERACIONALIZACION DE VARIABLE	I
B	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	IV
C	CONSENTIMIENTO INFORMADO	XIII
D	PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS	XIV
E	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, HOSPITAL LOAYZA.	XV

F	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HOSPITAL LOAYZA.	XVI
G	CONVIVENCIA CON LA PAREJA EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, HOSPITAL LOAYZA	XVII
H	ROL QUE CUMPLEN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DENTRO DE LA FAMILIA, HOSPITAL LOAYZA	XVIII
I	OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO, HOSPITAL LOAYZA	XIX
J	PREFERENCIA SOBRE TIPO DE COMPAÑÍA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO, HOSPITAL LOAYZA.	XX

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL		
				Criterio de medición	Instrumento	Valor final
Respuestas de adaptación a la	Son las manifestaciones de la actividad del sistema	Adaptación en el aspecto Fisiológico	Alimentación	Nominal	Cuestionario	Presenta
			Eliminación			
			Reposo			No presenta
			Ejercicio físico			
			Sueño			

enfermedad según el modelo de Callista Roy	cognitivo y regulador generados por un estímulo focal (enfermedad) y que se evidencia en las conductas emitidas en los modos : fisiológico , auto concepto , función del rol e		Apetito			
			Función Motora			
		Adaptación en el aspecto Autoconcepto	Sensación corporal			
			Imagen corporal			
			Expectativas sobre ella misma			
			Creencias valores			

	interdependencia		Funciones que realiza dentro de la familia			
		Adaptación en el aspecto Función de rol	Rol de cumple en la sociedad			
		Adaptación en el aspecto Interdependencia	Personas significativas			
			Sistema de ayuda			

ANEXO B

UNMSM – FM
EAP. DE ENFERMERIA
2011

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS PREVIOS

Fecha de Diagnostico:
Fecha actual:
Tratamiento que realizo:.....
Tratamiento que se esta realizando actualmente:.....
Tiempo de diagnostico:
Tiempo de tratamiento:.....

TEST PARA PACIENTE CON CANCER DE MAMA

Introducción:

Estimado (a) Señor (a):

Tenga usted muy buenos días, mi nombre es Ingrid Ebeling Morales Tello, soy estudiante de enfermería y permítame hacerle unas preguntas, para saber como se encuentra usted con respecto a su enfermedad .

Si usted esta de acuerdo procederé a iniciar con las preguntas:

Si ()

No ()

Toda la información que usted brinde será completamente confidencial, por lo que le solicito su total atención y veracidad.

DATOS GENERALES:

Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Ninguna

Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Viuda
- d) Divorciada

Convivencia con la pareja

- a) Convive con la pareja
- b) No convive con la pareja

PREGUNTAS:

A continuación marque con un **aspa (X)** las respuestas que considere le suceden a usted con respecto a las siguientes preguntas

1. Con respecto a su alimentación y apetito **EN LAS ULTIMAS SEMANAS**, marque **SI** , si presento la molestia que le se le señala o **NO** si no lo presento

- | | | |
|---|----------|----------|
| a) Bajo de peso | Si () | No () |
| b) Disminuyo su apetito | Si () | No () |
| c) Luego de su diagnostico cambio el tipo de
Comida que consumía | Si () | No () |

2. Se siente cómoda con el tipo de alimentación que consume actualmente

Si ()

No ()

3. Cuantas horas dormía antes que conociera su diagnostico

a) 10 – 12h

b) 8 – 10h

c) 6 – 7h

d) <6h

4. Cuantas horas duerme actualmente

a) 10 – 12h

b) 8 – 10h

c) 6 – 7h

d) <6h

5. Se queda dormida con facilidad

Si ()

No ()

6. descansa bien durante la noche

Si ()

No ()

7. Luego de su diagnostico a modificado las actividades que realizaba (cocinar, lavar, limpiar la casa, ir al mercado, etc.)

Si ()

No ()

8. Aumento el número de horas de reposo y descanso durante el día

Si ()

No ()

9. Presenta dolor de hombros y espalda

Si ()

No ()

Que hace al respecto:

- a) Toma pastillas recetadas
- b) Toma pastillas no recetadas
- c) Compra hierbas medicinales
- d) Descansa y trata de soportarlo
- e) No hace nada

10. Que parte de su cuerpo considera usted mas importante :

- a) Cabello
- b) Manos
- c) Seno
- d) Pies
- e) Útero
- f) Todos

11. Le preocupa que la enfermedad le afecte su apariencia física

- a) Muchos
- b) Poco
- c) Nada

12. Que significa para usted tener Cáncer de mama

- a) Desfigura mi cuerpo
- b) Me hace sentir menos mujer
- c) Es una carga para mi familia
- d) Es una alternativa para cambiar mi vida
- e) Es un castigo de Dios
- f) Es sinónimo de muerte

13. Considera que debido a su enfermedad es menos atractiva :

Si ()

No ()

14. A cambiado en algo su forma de vestir y su arreglo personal
luego de su diagnostico

Si () No ()

Que ropa le agrada utilizar actualmente, marque la alternativa
adecuada

- a) Ropa suelta
- b) Ropa ajustada
- c) No le interesa el tipo de ropa que use

15. Que es lo más importante para usted con respecto a su persona

- a) Cuidar como le ven los demás
- b) Cuidar su parte espiritual, valores, fe
- c) Sentirse bien consigo misma sin importar lo que piensen los
demás
- d) Pensar que me recuperare.

16. Que expectativas tiene respecto a su enfermedad

- a) Me sanare pronto
- b) No me sanare
- c) Me sanare pero luego de algún tiempo
- d) No se que pueda suceder

17. Siente que esta mas sensible y llora con facilidad

Si () No ()

18. Ha hecho planes para futuro

Si () No ()

19. Que cambios ha ocurrido en usted en cuanto a su carácter, debido a su enfermedad

- a) Se ha vuelto mas considerado
- b) Se ha vuelto más cooperador
- c) Se ha vuelto más irritable , renegona
- d) Se ha vuelto más cariñoso
- e) Se muestra indiferente

20. Que funciones cumple dentro de la familia, enumere por orden de prioridad:

- a) Madre ()
- b) Abuela ()
- c) Esposa ()
- d) Hija ()

21. A cambiado el tipo de ocupación luego de su diagnostico

Si () No ()

22. Que ocupación tuvo antes de su diagnostico:

- a) Ama de casa
- b) Comerciante
- c) Emplada publica
- d) Jubilada
- e) Otros:

23. Que ocupación tiene actualmente:

- a) Ama de casa
- b) Comerciante
- c) Empleado pública
- d) Jubilada
- e) Otros:

24. Antes de su diagnóstico e iniciar tratamiento asistía a algún club, grupo social o de amigas (parroquia, club de cáncer de mama, etc.)

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca

25. Asiste actualmente algún club o grupo social o de amigas (parroquia, club de cáncer de mama, etc.)

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca

26. A raíz de su enfermedad mejoró la relación con sus amistades :

Si () No ()

27. Con relación al tipo de compañía, Si le dieran a elegir usted preferiría:

- a) Estar acompañada de amigos
- b) Estar acompañada de familiares
- c) Estar acompañada de algún personal de salud
- d) Estar sola

28. Con quienes vive actualmente:

- a) Hija (o) ()
- b) Esposo ()
- c) Madre ()
- d) Padre ()
- e) Tías(os) ()
- f) Abuelos ()
- g) Primas ()
- h) Sola ()

29. Quien es su principal apoyo para superar su enfermedad,

MARQUE (X) la que cree usted conveniente

- a) Personal de salud ()
- b) Esposo ()
- c) Hijos ()
- d) Padres ()
- e) Amigas (os) ()
- f) Pastor o párroco ()
- g) Vecinos ()

30. Como calificaría la relación que tenía con su pareja antes de su

diagnostico :

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

31. Como calificaría la relación con su pareja actualmente:

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

32. Cree que su relación de pareja pueda verse afectado en un futuro

Si ()

No ()

33. Que aspecto le preocupa mas respecto a su diagnostico

- a) El mirarse en el espejo y a la hora de vestirse
- b) La modificación de su imagen frente a su familia
- c) La relación que tenga con su pareja
- d) El trato de sus compañeros de trabajo / amistades
- e) Los efectos secundarios propio del tratamiento y /o enfermedad

GRACIAS

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... paciente del servicio de Ginecología Oncológica y de mama de un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana, a través de este documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Respuestas de Adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el Modelo de Callista Roy Hospital Arzobispo Loayza, 2011”.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos y teniendo la plena confianza de que la información que brinde en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además confío en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información con la máxima confidencialidad.

.....

FIRMA

FECHA:

ANEXO D

PRUEBA BINOMIAL

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEM	Nº DE JUEZ							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	0	0.072
3	1	1	1	1	0	1	1	0.072
4	1	1	1	1	1	0	1	0.072
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

Favorable (Si) = 1

Desfavorable (No) = 00.008

$$p = \frac{\sum \text{ítem}}{n}$$

$$p = \frac{0.248}{7} = 0.035$$

$p < 0.05$ la concordancia es significativa.

ANEXO E

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA.

LIMA – PERÚ

2011

DATOS GENERALES	Media	Rango
Edad (años)	54,1	40,0
Tiempo de Diagnóstico (meses)	4,0	11,0

ANEXO F

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA , HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA.

LIMA – PERÚ

2011

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%
Primaria	5	12,5
Secundaria	26	65,5
Superior	9	22,5
TOTAL	40	100,0

ANEXO G

CONVIVENCIA CON LA PAREJA EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA , HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA.

LIMA – PERÚ

2011

CONVIVENCIA CON LA PAREJA	N	%
Convive	30	75,0
No convive	10	25,0
TOTAL	40	100,0

ANEXO H

**ROL QUE CUMPLEN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
DENTRO DE LA FAMILIA, HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA.**

LIMA – PERÚ

2011

ROL QUE CUMPLE DENTRO DE LA FAMILIA	TOTAL	
	N	%
Madre	30	75,0
Esposa	4	10,0
Hija	6	15,0
TOTAL	40	100,0

ANEXO I

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO, HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA.

LIMA – PERÚ

2011

OCUPACIÓN	ANTES DEL DIAGNOSTICO		DESPUES DEL DIAGNOSTICO	
	N	%	N	%
Ama de casa	7	17,5	32	80,0
Comerciante	21	52,5	1	2,5
Empleada publica	12	30,0	7	17,5
TOTAL	40	100,0	40	100,0

ANEXO J

**PREFERENCIA SOBRE TIPO DE COMPAÑÍA DE LAS PACIENTES
CON CÁNCER DE MAMA ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO,
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA.**

LIMA – PERÚ

2011

PREFERENCIAS SOBRE EL TIPO DE COMPAÑÍA	N	%
Amigos	8	20,0
Familiares	14	35,0
Personal de salud	6	15,0
Ninguna compañía	12	30,0
TOTAL	40	100,0